

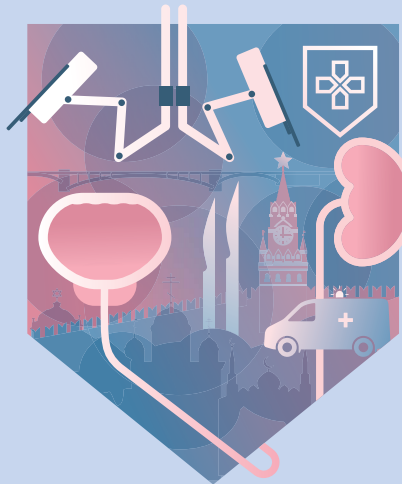
Издается
с 2009 года

Подписка
на издания
ИД «АБВ-пресс»

специализированное издание для урологов

Владивосток | № 1 | 80 | 2025

Урология сегодня



ОТ РЕДАКТОРА



Дмитрий
Юрьевич
ПУШКАРЬ

Д.м.н., профессор, академик РАН, главный уролог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, руководитель Московского урологического центра, заведующий кафедрой урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва

Дорогие коллеги!

Молодцы наши ребята. Молодцы! Ведь прежде всего они настоящие врачи, настоящие хирурги. настоящие ученые и, если хотите, очень образованные люди. Наши урологи сегодня выступают по всему миру, причем не просто выступают, а демонстрируют серьезные успехи, достигая профессиональных высот. Представляют лучшие постеры и доклады, лучшие фильмы о новейших хирургических технологиях, выступают с показательными операциями на авторитетнейших международных площадках.

Наши люди удостоиваются дипломов за достижения в мировой урологии и международных наград за выдающуюся урологическую карьеру. Они представляют Россию в качестве приглашенных докладчиков в разных странах, на разных конгрессах и конференциях. Этот профессиональный путь изменить невозможно, прежде всего потому что сегодня урологическое и онкоурологическое сообщество — это единое целое, состоящее из специалистов, воспитанных в традициях базовых российских школ.

Как главный специалист-уролог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, а также как член президиума Российского общества урологов (РОУ) я считаю, что принадлежность к отечественным урологическим школам очень помогает специалисту сначала встать на ноги, потом профессионально развиваться, а затем и демонстрировать всемирному урологическому сообществу свои достижения.

Об этом мы будем говорить и в текущем номере газеты, и на мероприятиях XX Московской урологической школы, которая состоится 16–17 мая в Москве, в Конгресс-центре Сеченовского университета (ул. Трубецкая, д. 8), и на Юбилейном XXV конгрессе РОУ, который пройдет в Казани с 11 по 14 сентября. Об этом

мы говорим всегда, потому что гордимся нашими успехами и нашими ребятами!

Желаю всем коллегам новых высоких достижений, а также хороших весенних и летних дней!



ВЕСТИ ИЗ РЕГИОНОВ

Терпи, борись, иди вперед и дорожи твоим призванием так же, как жизнью.
Н.И. Пирогов

И это все о ней: урологическая служба Приморского края

Об успехах урологической службы Приморского края (ПК) и Владивостока, а также о стоящих перед ней задачах мы попросили рассказать доктора медицинских наук Галину Николаевну Алексееву, главного внештатного специалиста-уролога минздрава Приморского края, профессора Института хирургии ФГБОУ ВО «Тихоокеанский государственный медицинский университет» Минздрава России, заведующую отделением онкоурологии КГАУЗ «Владивостокская клиническая больница № 2».



Галина Николаевна
АЛЕКСЕЕВА

— Отличается ли урологическая заболеваемость жителей ПК от соответствующих показателей в среднем по стране?

— Если говорить о болезнях мочеполовой системы (БМПС) в целом, то уровни

общей и первичной заболеваемости сопоставимы с общероссийской статистикой. Правда, первичная заболеваемость БМПС в Приморье на 15 % выше, чем в Дальневосточном федеральном округе (ДФО), в состав которого входит Приморский край. «Царица урологии» — мочекаменная болезнь (МКБ) — встречается в нашем регионе и ДФО заметно чаще, чем в среднем по России. По распространенности уролитиаза в ДФО Приморье занимает четвертое место (1024,5 случая на 100 тыс. населения) после Алтайского края (1345,7), Магаданской области (1081,3) и Ямало-Ненецкого автономного округа (1034,4 случая на 100 тыс.).

Другой региональной особенностью нашего края, как и всего региона Сибири и Дальнего Востока, является достаточно низкая заболеваемость бесплодием.

Продолжение на с. 2 →

Проект нового
приказа № 907

4

Двойной
юбилей

6

Календарь
событий

12

Компания
новых
биофармацевтических
решений

18

НОВОСТИ

40-й конгресс EAU

С 21 по 24 марта 2025 года в крупнейшем в Испании выставочном комплексе IFEMA MADRID прошел юбилейный 40-й ежегодный конгресс Европейской ассоциации урологов (EAU — 2025), собравший более 15 тысяч участников из 120 стран. Мероприятие стало ключевой площадкой для обсуждения последних достижений в диагностике, лечении и профилактике урологических заболеваний.

На конгрессе шла речь о прорывных технологиях и клинических инновациях. В программе были живые операции, лекции и обсуждения, посвященные пациентам, обучающие сессии Европейской школы урологии. Из огромного разнообразия всего представленного на мероприятии можно выделить следующие ключевые темы и исследования:

- Роботическая хирургия и миниинвазивные технологии
 - Новые системы для робот-ассистированных операций (включая усовершенствованные платформы «Да Винчи» и конкурентов).
 - Применение искусственного интеллекта (ИИ) для повышения точности вмешательств.
- Онкоурология
 - Персонализированная терапия рака простаты, мочевого пузыря и почки.
 - Биомаркеры и генетические исследования для ранней диагностики.
- Мужское здоровье и андрология
 - Инновации в лечении эректильной дисфункции и бесплодия.

Окончание на с. 15 →

И это все о ней: урологическая служба Приморского края

← Продолжение, начало на с. 1

— **Но это же серьезный успех врачей!**

— Боюсь, нам тут нечем гордиться. Вероятно, это можно отнести к погрешностям статистического учета, низкому уровню диагностики, слабо развитой андрологической службе, недостаточно эффективной реализации программы «Репродуктивное здоровье». Она была принята в Приморье в 2022 году, акценты сделаны на информационной работе с молодежью по соблюдению здорового образа жизни, подготовку девочек к будущему материнству, повышение доступности вспомогательных репродуктивных технологий.

— **В 2019 году вы защитили диссертацию на соискание степени доктора медицинских наук по теме «Рак почки в регионе Сибири и Дальнего Востока. Эпидемиологические особенности, факторы риска, ранняя диагностика и эффективность лечения». Насколько распространена эта болезнь в Приморье?**

— О, это все еще моя любимая тема, лучшие годы моей врачебной и научной деятельности! Исследования я выполняла совместно с коллегами из лаборатории эпидемиологии ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» (Томский НИМЦ), которой руководила профессор Любовь Филипповна Писарева. К сожалению, ее не стало в 2023 году. Она была моим первым руководителем при подготовке диссертации, а вторым — приморский онкоуролог, доктор медицинских наук Людмила Ивановна Гурина. Пользуясь случаем, хочу выразить благодарность руководителю Томского НИМЦ академику РАН Евгению Цыреновичу Чойнзонову, члену-корреспонденту РАН Надежде Викторовне Чердынцевой, профессорам Ларисе Александровне Коломиец и Николаю Васильевичу Литвякову, которые оказали мне огромную помощь при выполнении диссертационной работы.

Приморский край был выбран как адекватная модель для углубленного анализа 15-летних эпидемиологических закономерностей распространения рака почки (РП) в регионах Сибири и Дальнего Востока на базе данных, включающей более 52 тысяч пациентов. Критерием выбора стал тот факт, что Приморье является крупной территорией с высокой численностью (1 806 393 человека) и плотностью населения (10,97 чел./км²) по данным за 2024 год. В то же время в Сибирском федеральном округе (СФО) плотность населения составляет всего 4,0 чел./км², а в ДФО — 1,01 чел./км². Кроме того, ПК отличается быстрым старением населения, а также экологическими (наряду с благоприятными зонами есть загрязненные места с высокой плотностью автотранспорта и промышленных предприятий) и климатогеографическими особенностями. К последним относится значительный разброс погодных характеристик: от резко континентального до муссонного климата с резкой сменой влажности в течение года (лето с обильными осадками и сухая безоблачная зима).

— **Какие эпидемиологические особенности рака почки вам удалось выявить?**

— К сожалению, ПК отличается высокими показателями заболеваемости по целому ряду злокачественных новообразований (ЗНО) и смертности по этим причинам. В 2000-е годы в нашем регионе сохранялась недопустимо низкая доля больных РП, вы-

явленных активно: в целом по России — 17,9 %, в СФО — 16,0 %, в ДФО — 19,2 %, а в Приморье — всего 6,5 %. Также критически низкой (56 %) была доля пациентов, которым проводилось хирургическое лечение при РП. Это свидетельствовало о неудовлетворительном состоянии медицинской помощи больным РП. Правда, к окончанию моего исследования, уже в конце 2010-х годов, доля больных, выявленных активно, выросла до 20,2 %, а число прооперированных пациентов — до 84 %. Это произошло благодаря тому, что краевые урологическая и онкологическая службы стали работать более профессионально, повысилась онконастороженность врачей первичного звена, возобновилась диспансеризация, усилилась информационная медицинская поддержка населения в СМИ и в соцсетях. Проведенный научный анализ показал, что РП в Приморье характеризуется теми же важными особенностями, которые свойственны и другим регионам России. Это непрерывный рост заболеваемости и тенденция к стабилизации смертности по причине РП.

— **А эпидемиологические показатели разных районов ПК отличаются?**

— Отличаются очень заметно! В нашем регионе есть территории повышенного риска развития РП. Это южные районы края, характеризующиеся индустриальной направленностью, высокой плотностью населения, муссонным климатом, критической и напряженной экологической ситуацией, значительной концентрацией автотранспорта и плотным расположением промышленного производства. Речь идет о предприятиях нефтегазодобычи, судостроения, портах, открытых угольных терминалах. Прежде всего это относится к Владивостоку, Находке, Уссурийску и прилегающей к ним сельской местности. В то же время риск развития РП оказался пониженным в северных районах Приморья с низкой плотностью населения и невысокой концентрацией промышленности.

На протяжении 10 лет в тесном сотрудничестве с онкодиспансером мы изучали и анализировали результаты лекарственного лечения метастатического РП, оценили клиническую и экономическую эффективность таргетной терапии, выделив наиболее действенные варианты лечения. Систематизированный огромный материал позволил нам разработать алгоритм определения тактики и объема хирургического вмешательства при этой опухоли, включающий стадию рака, риск осложнений, прогноз летальности. Этот алгоритм продолжает использоваться в нашей работе, что способствует увеличению органосохраняющих операций (ОСО) в ПК и поддержанию достойного качества жизни пациентов.

— **Какая урологическая патология представляет наибольшую проблему в Приморье?**

— Вот уже много лет у нас лидирует МКБ, составляя до 40 % всех обращений к урологам и примерно столько же госпитализаций, а также 30 % расходов по указанному профилю от всех затрат на медицинскую помощь урологическим больным. Второе место занимают новообразования — 9 % и 16 % соответственно, а замыкают тройку инфекции мочевыводящих путей (ИМП).

На примере нашей больницы видна разница между экономикой дежурного урологического отделения, оказывающего круглосуточную помощь и пролечившего в 2024 году около 3000 пациентов, и планового онкоурологического отделения. В дежурном отделении наиболее частая клиничко-статистическая группа (КСГ) — это операции на почке и мочевыделительной системе. Она оценивается в сравнительно небольшую сумму — 38 709 руб. В целом урологическая среднегодовая стоимость одного фактического случая в 2024 году составила 51 021 руб. В плановом же онкоурологическом отделении наиболее частая КСГ — это операции при ЗНО почки и мочевыделительной системы. Оплата одного случая согласно статусу КСГ здесь составляет 120 375 рублей, а в целом среднегодовая стоимость одного случая за прошлый год у нас хотя и ниже — 87 833 руб., но также выше среднего урологического случая.

Таким образом, столь большая разница в стоимости двух вышеуказанных КСГ несправедлива и невыгодна для нас. Ведь дежурная экстренная служба, не являясь высокодоходной, требует значительно больших трудозатрат, чем плановое лечение. Однако подчеркну, что наша экстренная служба оказывает помощь на хорошем уровне, своевременно и полностью справляясь с задачами региона.

— **Есть ли у вас кадровый дефицит?**

— На Дальнем Востоке дефицит урологов сохраняется еще с 1990-х годов, когда регион был закрытым. В 2001 году на 89 должностей было 78 специалистов. Сегодня в государственном здравоохранении имеются 63 ставки уролога, но трудятся только 45 врачей. Из них 23 в поликлинике и 22 — в стационаре. Всего же у нас действуют 35 урологических кабинетов для амбулаторного приема и развернуто 186 урологических коек в пяти урологических отделениях (четыре во Владивостоке и одно в Находке). Ежегодно во Владивостокской клинической больнице (ВКБ) № 2, которая является якорным отделением по урологии в ПК, получают лечение до трех тысяч урологических пациентов, выполняется в среднем 1300 операций, средний койко-день составляет 7,8 суток. В целом же в ПК за год проводится около трех тысяч операций по профилю «урология» и более 6500 пациентов получают стационарное лечение. Стационарная помощь оказывается и на урологических койках при хирургических отделениях районных больниц. Так сейчас работает один мой коллега в городе Спасске-Дальнем, показывая пример настоящего гражданского подвига. В целом же острый дефицит кадров и отсутствие конкуренции отрицательно сказываются на мотивации врача к профессиональному росту, да и на качестве его работы.

— **А кем пополняется ваша служба?**

— Преимущественно выпускниками целевой ординатуры. Однако 1–2 ординатора в год никак не закрывают наши потребности. Сегодня студенты и ординаторы в основном проходят подготовку во Владивостоке на базе частного учреждения здравоохранения — клинической больницы «РЖД-Медицина». Здесь имеется 18 урологических коек и хорошо развита плановая стационарная помощь, в том числе лапароскопическая хирургия. Однако лечение там происходит в основном на платной основе,

поток пациентов небольшой и совсем нет экстренных, тяжелых больных, с которыми урологу обязательно придется иметь дело в реальной клинической практике.

В то же время часть молодых врачей, которые решили стать урологами, проходят последипломное обучение на базе нашей ВКБ № 2. Здесь на 105 койках (70 урология + 35 онкоурология), занимающих весь этаж тысячекоечной больницы, они имеют возможность встретить абсолютно все краски и уровни тяжести и сложности урологической патологии, и я делаю все, что в моих силах, чтобы подготовить квалифицированных специалистов.

В целом же считаю обеспеченность урологами населения Приморья совершенно недостаточной. Поэтому мы с радостью ждем талантливую молодежь с горящими глазами, готовую совершенствоваться в профессии и покорять новые вершины. Но для этого нужно родиться с большим неравнодушным сердцем и зажженной в душе свечой. У нас прекрасный город, новые мосты, запах соленой морской воды и ламинарии, купание в Тихом океане, потрясающие красочные закаты, теплая и яркая золотая осень! Так что приглашаю романтиков и карьеристов изменить свою судьбу, приехав на работу во Владивосток. Как в песне Юрия Кукина: «А я еду, а я еду за туманом, за мечтами и за запахом тайги». От себя добавлю — и за запахом океана тоже.

— **Правда ли, что главная проблема лечения не только урологических, но и любых пациентов в ПК, как и во всем ДФО, это доступность медицинской помощи для жителей малых городов и особенно сельской местности?**

— Соглашусь, что это сложная государственная задача. Над ее решением трудятся министерства и исследовательские центры, создавая тома разработок и приказов. Позитивные изменения есть, хотя и не столь успешные, как нам бы хотелось. Несмотря на то что в ПК продолжается процесс формирования регрессивного типа населения и, к моему глубокому сожалению, его естественная убыль превышает среднестатистические показатели по РФ, наш край по степени урбанизации находится в привилегированном положении. Плотность населения у нас составляет почти 11,0 чел./км², что даже выше, чем в среднем по РФ (8,4 чел./км²). Приморье считается промышленно развитым регионом с долей городского населения 80 %, и этот показатель продолжает расти. На территории края расположено 684 населенных пункта, из них 617 сельских, 26 поселков городского типа и 12 городов.

Обеспечение населения малых городов и поселков медико-социальной помощью осуществляют 388 фельдшерских и фельдшерско-акушерских пунктов, 37 врачебных амбулаторий, 28 центральных районных и районных больниц. Радиус обслуживания населения прикрепленных сел и поселков колеблется от 3 до 83 км. Но что такое 83 км? Это два часа на автобусе, а на легкой машине еще быстрее. То есть за долгие годы освоения ПК здесь удалось создать достаточно плотную сеть обще медицинских учреждений. Этот фактор в любом случае полезен для наших урологических больных, хотя еще раз повторю, что дефицит урологов бьет по нам очень больно.

Очевидно, что урбанизация и рост населения крупных городов будут продолжаться.

Это неотвратимо приведет к изменению маршрутизации и структуры медицинской помощи. Думается, не только врачи общей практики, но и хирурги малых городов и населенных пунктов будут вынуждены работать более универсально. В частности, хирурги будут выполнять экстренные полиорганные вмешательства, а крупные урологические и федеральные центры закономерно станут проводить плановые сложные реконструктивные операции в рамках высокотехнологичной медицинской помощи (ВМП).

— **Может ли краевая урологическая служба лечить всех больных соответствующего профиля или кого-то приходится отправлять в Москву?**

— Пациенты с патологией мочеполовой системы в последнее десятилетие все чаще обращаются в краевые ЛПУ и крупные урологические центры других городов. По этой причине в системе нашего территориального фонда ОМС образовался специальный раздел так называемых межрегиональных расчетов. Из-за повышения их уровня мы анализируем ситуацию и проводим совещания, нацеленные на минимизацию медицинского туризма пациентов в другие регионы. Для этого необходимо улучшить медицинскую помощь у себя в крае в рамках ОМС.

Что касается ВМП, тут все сложнее. Практически всех пациентов, которым необходима генитальная хирургия, продвигнутые вмешательства с лапароскопическим доступом и сложные реконструктивные пластические операции на органах мочевыделительной системы, мы направляем в Москву — в Сеченовский университет, в НИИ урологии и интервенционной радиологии имени Н.А. Лопаткина, в НМИЦ акушерства, гинекологии и перинатологии им. В.И. Кулакова, а также в крупные центры Ростова-на-Дону и Санкт-Петербурга.

Признаюсь, заветная мечта моя и коллег — открытие дальневосточного урологического центра. Конечно, мы понимаем, что это невозможно — воспроизвести у нас столь же уникальный по квалификации врачей и оснащенности урологический центр, как в Боткинской больнице под руководством академика РАН Д.Ю. Пущкаря. Но сама попытка организации подобных многофункциональных центров высокотехнологичной урологии в разных регионах России, на мой взгляд, была бы очень полезна для пациентов.

— **Как в ПК обстоит дело с оборудованием для ведения урологических больных?**

— В последние три года с оборудованием стало лучше. Правда, у нас есть не все, что положено, что-то требует обновления и ремонта. В приморских ЛПУ нет ни одной установки для дистанционной ударно-волновой литотрипсии при МКБ. Но были времена и похуже, когда в урологическом отделении нашей ВКБ № 2 в течение двух лет в ремонте находился резектоскоп или не было ни одного пистолета для биопсии предстательной железы.

Руководимое мной отделение онкоурологии было открыто прежде всего из-за неудовлетворительной ситуации по оказанию онкологической помощи урологическим больным. Нехватка места в онкодиспансере ускорила принятие решения о создании нашего отделения в тысячекоечной многопрофильной медицинской организации третьего уровня. На первом этапе было выделено 200 млн рублей на техническое оснащение. Затем были закуплены компьютерный томограф экспертного класса,

дыхательные аппараты, аппаратура для слежения в ОРИТ, операционные столы и др. Со стартом нацпроекта «Здравоохранение» и реализацией федеральной программы «Борьба с онкологическими заболеваниями» мы стали оснащены значительно лучше.

Второе крупное государственное отделение урологии во Владивостоке действует в Приморской краевой клинической больнице № 1. Оснащение отделения не соответствует «Порядку оснащения урологического стационара». Большая часть оборудования требует обновления и ремонта, отделение третий год не выполняет план госзадания. Но при этом коллеги уже несколько лет оказывают помощь участникам Восточного экономического форума (ВЭФ) и, поверьте, справляются отлично. Каждый год я отправляю в минздрав ПК письма с перечнем недостающего оборудования. Постепенно позиции закрываются, и мы не теряем надежду жить в достатке.

— **Расскажите о работе вашего отделения...**

— Ежегодно в ПК выявляется около тысячи случаев ЗНО мочевыделительной и половой систем. Наше отделение онкоурологии хирургических методов рассчитано на 35 круглосуточных коек. Наша задача — сконцентрировать таких пациентов в одном месте и лечить по единым отечественным клиническим рекомендациям (КР) и стандартам. Конечно, мы заметно повысили доступность хирургического лечения для данной категории больных. Однако закрытие отделения в период пандемии COVID-19, а также существующий сегодня отток кадров ведут к нестабильной работе и появлению листа ожидания.

В течение 2024 года планировалось выполнить 720 операций, хотя в 2023-м мы пролечили 1083 пациента, а хирургическая активность составила более 80 %. Тем не менее в прошлом году из запланированных хирургических вмешательств выполнили только 690. Приукрашивать ничего не хочу. Это свидетельствует о нестабильной работе и затянувшемся периоде становления, в том числе и из-за кадрового дефицита. Работа коллег и моя — а я так и остаюсь оперирующим онкоурологом — закономерно продолжает быть интенсивной в хирургическом и насыщенной в эмоциональном плане, не говоря об объеме заполняемой документации. При этом финансовая составляющая у нас примерно такая же, как у поликлинической службы.

В любом случае, несмотря на все хлопоты, трудности, высокую ответственность и дополнительную нагрузку, для крупнейшей дальневосточной тысячекоечной больницы организация онкоурологического отделения стала новой важной вехой в борьбе за здоровье больных. Необходимо провести глубокий анализ сложившейся ситуации, чтобы обеспечить стабильную работу отделения. Конечно, без административной помощи проблему не решить.

Серьезным камнем преткновения для быстрого и эффективного заполнения отделения и увеличения числа пролеченных пациентов стало положение приказа Минздрава России № 116н от 2021 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при онкологических заболеваниях», которое не позволяет оперировать пациента без решения врачебного консилиума с участием в том числе и радиолога. А такой состав врачей есть только в онкодиспансере! В результате преемственность лечения хромает очень болезненно. Получается, что все пациенты с онкоурологической патологией должны

проходить через Приморский краевой онкологический диспансер. А там из-за дефицита помещений и низкой пропускной способности крайне неудобно и тяжело в организационно-техническом плане быстро записывать, принимать, обследовать и направлять на стационарное лечение большой поток больных. В результате возникает эффект узкого горлышка.

Работаем над этими вопросами неустанно. Так, например, я вошла в состав урологического консилиума в онкодиспансере. Но пока этого недостаточно для решения многих вопросов лечения наших пациентов. Администрация двух медицинских организаций и наш краевой минздрав на регулярной основе отслеживают ситуацию. Очно встречаемся раз в три месяца, обсуждаем даже варианты перемещения отделения в онкодиспансер. Однако быстро эту проблему не решить.

— **В сети много хороших отзывов пациентов и СМИ о вашей работе хирургом. Впервые в урологической практике ПК вы поставили на поток операции с лапароскопическим доступом при заболеваниях мочевыделительной системы и многие другие инновационные методы лечения. Как удалось добиться таких результатов?**

— Как говорится, назвался груздем — полезай в кузов! Я стояла у истоков открытия отделения, активно поддерживала это решение, взяла на себя ответственность возглавить его, поэтому приходится соответствовать. С созданием отделения у нас появились новая аппаратура, долгожданная лапароскопическая стойка и три молодых уролога. Мы тогда с головой окунулись в работу, учебу, освоение нового, что меня очень радовало. Быстро освоили и внедрили фотодинамическую терапию (ФДТ) при раке мочевого пузыря (РМП), лазерную абляцию опухолей полового члена и радиочастотную — при РП, расширенные операции при опухолях почки с резекцией соседних органов, радикальную простат- и цистэктомию.

Но трудности были и остаются. Из-за занятости операционного стола и необходимости выполнять план в 97 операций в месяц число лапароскопических вмешательств растет медленно. Радикальную цистпростатэктомию (удаление простаты, мочевого пузыря, регионарных лимфатических узлов и окологпузырной клетчатки при инвазивных формах РМП) сегодня проводим преимущественно с простой деривацией мочи. А операции с кишечной пластикой произведены пока немногим больным, правда, с хорошими результатами.

Учитывая накопленный опыт и интенсивную работу нашего коллектива, администрация больницы поручила мне участвовать во всероссийском конкурсе врачей в номинации «Лучший хирург». Я заняла третье место и сегодня стараюсь во всем соответствовать этой высокой оценке. Благодаря моим усилиям число ОСО в отделении превысило 50 %. Таковы мировые тенденции. Следуя им, в одном только 2023 году я выполнила 146 операций по поводу опухолей почки. При этом нефрэктомия осуществлялась в 67 случаях, так что доля ОСО составила 54 %. На нефрэктомии поступают пациенты с высоким коморбидным фоном, тотальным поражением почки, а на ее резекцию — те, у кого зачастую это единственная почка, а кроме того, пациенты с крупной опухолью либо высоким индексом RENAL (с образованиями высокой сложности) и показаниями к ОСО.

В нашем крае опухоль единственной почки оперируется только в тысячекоечной больнице. Это результат моих почти двадца-

тилетних усилий в сочетании еще с несколькими факторами (знакомство с опытом отечественных урологов, а также с мировой литературой по этой проблеме, налаженное взаимодействие с анестезиологами нашей больницы, отделениями гемодиализа и реанимации).

В последние 4–5 лет обеспечение онкобольных ПК дорогостоящими таргетными и иммунопрепаратами значительно улучшилось. Мои коллеги не только внимательно следят за последними обновлениями КР по этой теме, но и имеют возможность соблюдать положения данных документов. Благодаря применению все более эффективных комбинаций генно-инженерных препаратов и цитостатиков, а также мастерству хирургов-онкоурологов выживаемость больных с метастатическим почечноклеточным и уротелиальным раком постепенно повышается. Хотелось бы, чтобы тенденция продолжилась и дальше. Для прогресса в нашей профессии необходимо все более широкое использование лазеров, лапароскопии и роботических систем в хирургии урологических заболеваний. Кстати, во Владивостоке, в клинике Дальневосточного федерального университета (ДВФУ), с применением робота «Да Винчи» уже выполнено свыше тысячи успешных операций в урологии (в основном простатэктомий), а также в гинекологии, колопроктологии и других направлениях.

— **Расскажите о ваших творческих планах хирурга.**

— Не хочу смешить Бога... Открыла накануне свой доклад десятилетней давности с цитатой Н.И. Пирогова на первом слайде: «Терпи, борись, иди вперед и дорожи твоим призванием так же, как жизнью». Актуально. Стараюсь следовать этим замечательным словам. К сожалению, времени на научные исследования сейчас почти не остается. Это мои страдания и мои мечты. Когда писала диссертацию, вовлекла несколько молодых людей в научную работу. Были победы в конкурсе молодых ученых, доклады, публикации в журналах, вышли две монографии. Одна из них — «Социально-гигиенические и экологические проблемы распространности рака почки» (2018) — написана в соавторстве с профессором ДВФУ Павлом Федоровичем Кикю (1956–2022), замечательным специалистом в области медицинской экологии, экологии человека и гигиены. Наша публикация получила признание на региональном конкурсе «Университетская лига — 2019» в номинации «Лучшее издание по медицине». Науку нельзя развивать в одиночку. Пока ищу энтузиастов, словом, опять в поиске мотивированной и трудоспособной команды.

— **ПК близок к Азиатско-Тихоокеанскому региону. Есть ли у вас научные контакты с коллегами из Китая, Японии, Южной Кореи?**

— Научные связи очень скудные. В 1990-х и начале 2000-х была небольшая активизация отношений. Один наш уролог даже побывал на стажировке в Коре, а другой — в Японии, однако развития отношений не получилось. Мы малоинтересны им, у нас недостаточно ресурсов, плюс языковой барьер. Правда, благодаря близости к этим странам, откуда импортируются относительно дешевые подержанные машины, ПК занимает первое место в России по обеспеченности автомобилями (580 машин на 1000 человек). Так что есть такой плюс: коллеги могут быстрее добраться к своим больным и меньше уставать за день. ☺

Александр Рылов, к.м.н.

Проект нового приказа № 907: что изменится в работе уролога?

О практически завершенной работе над проектом новой редакции приказа Минздрава России от 12.11.2012 № 907н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “урология”», в который внесены многие, в том числе концептуальные, изменения, рассказывает доктор медицинских наук Виген Андреевич Малхасян, заведующий урологическим отделением № 67 ММНКЦ им. С.П. Боткина, профессор кафедры урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины», заместитель председателя профильной комиссии Минздрава России по профилю «урология».



Виген Андреевич
МАЛХАСЯН

— На какой стадии находится актуализация приказа № 907?

— Проект документа сейчас находится на стадии повторной экспертизы в Минздраве. Основные этапы его обсуждения и коррекции с учетом внесенных предложений уже пройдены. Ожидаем, что после финальной редакции, в ходе которой будут учтены замечания представителей всех департаментов Минздрава, проект обновленного приказа будет утвержден и подписан министром здравоохранения М.А. Мурашко. Далее документ должен пройти процедуру регистрации в Министерстве юстиции, прежде чем будет опубликован и вступит в силу.

— Какие стадии документ уже прошел?

— Актуализированная редакция приказа оказания медицинской помощи пациентам урологического профиля сейчас уже максимально проработана. В ней были учтены все предложения, внесенные нашими коллегами и профильными экспертами. Документ действительно прошел очень сложный путь создания оптимальной, как мы считаем, версии. Хотел бы напомнить, как все это происходило.

Около года назад по инициативе главного уролога Минздрава России, академика РАН Д.Ю. Пушкаря был инициирован процесс актуализации порядка оказания помощи по урологии. По распоряжению Дмитрия Юрьевича также была сформирована экспертная группа по актуализации приказа. Сначала появилась первичная редакция проекта, которая обсуждалась на совещании профильной комиссии (ПК) Минздрава по урологии. Уже на этом этапе работы мы получили первую обратную связь — замечания и предложения от главных внештатных специалистов-урологов из различных субъектов России и ведущих профильных специалистов.

Далее документ прошел стадию публичного обсуждения на сайте Российского

общества урологов (РОУ), в ходе которого мы имели возможность получить и учесть пожелания наших рядовых коллег. В общей сложности было получено около 46 подобных обращений.

На третьем этапе проект приказа прошел первичную экспертизу в Минздраве России. По ее результатам в марте 2024 года Минздрав обозначил ряд замечаний и предложений, которые мы оперативно учли и внесли в проект документа. Затем скорректированный проект был подвергнут вторичному обсуждению на расширенном совещании ПК и правления РОУ. Ряд наиболее неоднозначных пунктов, внесенных в приказ, утверждался путем голосования членов ПК. После внесения правок по результатам второго рассмотрения членами ПК и правления РОУ документ повторно прошел публичное обсуждение на сайте РОУ и был утвержден на совещании президиума ПК, после чего мы направили его в Минздрав для окончательного анализа.

Таким образом, документ прошел путь всестороннего исчерпывающего обсуждения, и нынешнюю его редакцию можно с уверенностью считать предельно выверенной. В процессе формирования проекта приказа мы учли замечания и предложения главных профильных специалистов субъектов РФ, представителей РОУ, НМИЦ по профилю «урология» клинического центра Сеченовского университета, организационно-методического отдела по урологии Департамента здравоохранения Москвы и 46 предложений рядовых урологов, работающих на местах. Мы также обращались за консультациями к представителям Центра экспертизы и контроля качества медицинской помощи Минздрава России, непрофильным главным специалистам и представителям профессиональных сообществ, включая средний медицинский персонал.

— Для чего потребовалась актуализация приказа?

— Первой и главной причиной стало юридическое устаревание его действующей версии. Дело в том, что сегодня все нормативные акты, на которые он ссылается, устарели или отменены, а вместо них утверждены новые. В результате приказ № 907н, можно сказать, лишился главного — своей юридической базы. Вторая, не менее важная, причина заключается в том, что первая версия создавалась в то время, когда не существовало клинических рекомендаций (КР). Между тем создание КР потребовало адаптации к ним старой версии приказа. Ведь подобные приказы, по сути, являются главным механизмом обеспечения КР. В качестве простого примера приведу появление и широкое внедрение в клиническую практику таких инновационных методов лечения, как лазерная хирургия мочекаменной болезни

(МКБ) и заболеваний предстательной железы или роботическая хирургия. Подобные методы сейчас уже внесены в КР. Однако, поскольку оборудование для выполнения этих операций не фигурирует в приказе № 907н, его закупка для выполнения КР представляет сложности. Ведь уполномоченные органы и их представители с большой неохотой выделяют финансирование на закупку оборудования, не прописанного в стандартах оснащения. Подчеркну, что новая редакция документа устраняет все эти несоответствия.

— Чем же отличаются новая и старая редакции?

— Структура самого приказа не претерпела радикальных изменений. Не изменилась и последовательность основных пунктов и положений. Что же касается содержательной части, то здесь можно отметить ряд системных обновлений, внесенных по предписанию Минздрава. Это прежде всего приведение названий должностей, указанных в рекомендуемых штатных нормативах, в соответствие с актуальной версией приказа № 205н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских и фармацевтических работников».

Следующей реформой я бы назвал приведение в соответствие с номенклатурой названий медицинских изделий, а также подробнейшую поинструментную детализацию каждого набора медицинских инструментов, состоящего из нескольких медицинских изделий, прописанную в стандартах оснащения. По рекомендации представителей Минздрава из стандартов оснащения амбулаторных и стационарных служб были исключены все позиции, относящиеся к категории расходных материалов. Претерпели изменения штатные нормативы и стандарты оснащения кабинета уролога, дневного урологического

урологического стационара. Дневной стационар также усиливается оборудованием, в том числе тяжелым, как, например, дистанционный литотриптер. По сути, дневной стационар становится своего рода расширением урологического отделения, в котором оказывается амбулаторная помощь и выполняется хирургия одного дня.

Мы прекрасно понимаем, что у этой концепции есть и негативный побочный эффект. Это невозможность открыть дневной урологический стационар в поликлиниках, больницах, да и вообще в любом населенном пункте, где нет урологических отделений. Однако целесообразность такого подхода очевидна и обусловлена интересами безопасности тех пациентов дневных стационаров, у которых возникают жизнеугрожающие осложнения. Согласитесь, что такие больные должны иметь возможность маршрутизироваться по кратчайшему и самому быстрому пути в профильное отделение того же учреждения. Причем с обязательной возможностью экстренного перевода в отделение реанимации и транспортировки в операционный блок для экстренного хирургического вмешательства. Кроме того, дневной стационар, прикрепленный к круглосуточному, будет иметь возможность беспрепятственно пользоваться инфраструктурой и аппаратурой последнего. А это станет фактором экономии ресурсной базы и гарантией бесперебойной работы дневного стационара.

Также изменения внесены в положения об организации деятельности урологического центра, который, согласно новой редакции, будет организовываться на базе многопрофильного стационара, имеющего в своем составе отделения химиотерапии, гемодиализа, сосудистой и эндоваскулярной хирургии. Причем урологический центр будет включать в себя как минимум два отделения: урологии и онкоурологии.

К самым существенным я бы также отнес изменения в оснащении и штатных нормативах. Например, оснащение урологического отделения планируется усилить лазерной системой и морцелятором. Это даст возможность в масштабах всей страны поставить на поток высокотехнологичную помощь (ВМП) пациентам с МКБ и аденомой предстательной железы, приведя эту помощь в полное соответствие с КР. То же самое касается и усиления оснащения урологического центра системой для роботической хирургии, а дневного стационара — системами для дистанционной литотрипсии и комплексного уродинамического исследования.

В штатных нормативах теперь предусмотрены ставки урологов-дежурентов для

Если в регионе есть потребность в оказании урологической помощи, вместо развертывания урологических коек на базе других отделений ее можно удовлетворить, открыв небольшое урологическое отделение на десять коек

стационара, урологического отделения и урологического центра.

— Появились ли в новой редакции приказа концептуальные изменения?

— Очень важные и в то же время своевременные, на мой взгляд, изменения были внесены в порядок работы дневного стационара. Теперь он может быть организован только в медицинских учреждениях, в составе которых уже имеется круглосуточный

стационаров, оказывающих медицинскую помощь в круглосуточном режиме. Не менее важным изменением назову снижение норматива урологических коек, приходящихся на одного врача урологического отделения, который сокращен с 15 до 10. Это поможет оптимизировать нагрузку на уролога и помочь ему адаптироваться к новым условиям труда, связанным с возрастающим потоком пациентов, технологизацией и информатизацией процесса лечения,

необходимостью непрерывного повышения образования и самосовершенствования, с увеличением времени на коммуникацию с пациентом и работу с медицинскими документами.

Убежден, что все эти изменения должны создать дополнительную мотивацию для врача. Давайте пойдем от обратного и зададимся вопросом: что демотивирует его в первую очередь? Если вынести за скобки вопросы оплаты ввиду их сложности, то главной причиной демотивации можно считать профессиональное выгорание специалиста, связанное с его моральным и физическим утомлением, а также отсутствием возможности профессионального роста и развития. Изменения, внесенные в новый порядок, будут способствовать решению этих вопросов. Мы надеемся, что новое оборудование создаст новые возможности и сформирует точки роста для специалиста. А оптимизация нагрузки даст ему время, столь необходимое для саморазвития. Кроме того, расширение оснащения будет способствовать увеличению объемов оказываемой ВМП, что станет дополнительным источником дохода для уролога.

— Были ли изменения, которые профессиональное сообщество хотело внести в приказ, но это оказалось невозможным?

— Да, были. Например, нам очень понравилось предложение одного из наших коллег из поликлиники лимитировать минимальное время первичного приема пациента в поликлинике 20 минутами. Однако экспертиза, проведенная Минздравом, показала, что время, затрачиваемое на прием пациента, не является предметом регулирования порядка, а значит, не может им регламентироваться.

Также мы получили множество предложений предусмотреть возможность развертывания урологических коек на базе хирургических отделений. Эти предложения вносились для обеспечения возможности оказания помощи пациентам в населенных пунктах, где нет урологического стационара. Однако изучение данного вопроса при попытке его решения завело нас в тупик. Проблема в том, что урологические койки на базе хирургических отделений невозможно лицензировать. Для легализации таких коек необходимо предусмотреть ставку уролога в отделении хирургии. А это потребует внесения изменений уже в порядок оказания медицинской помощи по специальности «хирургия». Весьма сложной задачей является установление правил, по которым эта штатная единица вводится в штат урологического отделения. Ведь совершенно очевидно, что развертывание урологических коек потребует далеко не во всех отделениях хирургического профиля.

Ну, и самый важный вопрос: каким должно быть наполнение стандарта дополнительного оснащения хирургического отделения, на базе которого разворачиваются хирургические койки? Если это оснащение идентично таковому урологического отделения, тут есть большие риски неэффективных расходов вследствие столь же неэффективного использования данного оборудования. Решение проблемы мы нашли в установлении минимального лимита коек урологического отделения в 10 единиц. Если в регионе действительно существует острая потребность в оказании урологической помощи, то вместо разворачивания урологических коек на базе других отделений она может быть удовлетворена путем открытия небольшого урологического отделения на 10 коек, оснащенного в соответствии с приказом.



— Какие изменения оказались самыми неоднозначными и дискуссионными?

— Здесь я бы отметил изменения в порядке и условиях организации дневного урологического стационара и урологического центра. Особенно в части оснащения дневного стационара дистанционными литотриптерами и системами для комплексного уродинамического исследования. С практической точки зрения и с позиции нашего анализа такие изменения были безальтернативными. Но, проведя мониторинг работы урологических отделений, мы узнали, что система комплексного уродинамического исследования де факто отсутствует более чем в половине урологических центров, в которых она должна быть согласно стандарту оснащения.

Мы прекрасно понимали: если включить систему в стандарт оснащения каждого урологического отделения, она не будет востребована в полной мере, а потому вряд ли сможет эффективно использоваться. Это приведет к большим и малоэффективным расходам бюджета. То же самое касается и систем дистанционной литотрипсии. Таким образом, меняя условия и оснащение дневного стационара, мы создаем возможность организации усиленного или дополненного отделения урологии с перспективой выполнения дистанционной литотрипсии и комплексного уродинамического исследования.

— Расскажите о функционале урологического центра.

— Познакомившись с функциями урологического центра, которые прописаны в действующем приказе № 907н и которые мы намерены оставить без изменений, мы поймем, что урологический центр — это структура, где должна оказываться как плановая, так и экстренная медицинская помощь экспертного уровня всем пациентам с заболеваниями органов мочеполовой системы. Такая помощь должна быть высококвалифицированной, высокотехнологичной, малоинвазивной и предоставляться людям даже с самыми запущенными и сложными заболеваниями. Помощь должна оказываться по всем направлениям (общая урология, онкоурология, урогинекология, андрология и урологическая травма). То есть центр является последней и самой высокой инстанцией. Если пациенту не смогли помочь ни в одном из учреждений, в которые он обращался, то это сделают только в урологическом центре. Кроме того, здесь должна проводиться активная педагогическая, научная и административная работа, поскольку не использовать такой грандиозный потенциал и опыт

для обучения урологов и разработки новых методов и подходов к лечению было бы расточительно и нерационально.

По той же причине центр должен быть оснащен самым современным оборудованием, позволяющим оказывать все существующие и предусмотренные КР виды оперативных вмешательств, в том числе самым сложным пациентам. Центр должен иметь ресурсную базу для оперативного купирования всех видов осложнений. Это потребует значительных капитальных финансовых вложений в оснащение и инфраструктуру центра, а также обусловит очень строгие квалификационные требования к его персоналу. Поэтому урологические центры не могут быть созданы в каждом субъекте РФ. Их организация целесообразна только на уровне федерального округа (ФО).

Основная задача таких центров состоит в том, чтобы пациент, которому не смогли помочь на уровне субъекта РФ, имел возможность получить самую квалифицированную и высокотехнологичную помощь на уровне своего ФО. Согласно этой логике, в России есть потребность в создании как минимум 8 урологических центров. К сожалению, сейчас некоторые центры, организованные согласно действующему приказу № 907н, мало чем отличаются от урологических отделений по своим возможностям и научно-педагогическому потенциалу.

— Столкнулись ли вы с какими-нибудь неприятными сюрпризами в ходе актуализации приказа?

— Да, и некоторые из них актуальны до сих пор. В стандарте оснащения дневного урологического стационара мы предусмотрели анализатор химического

состава камня. Сегодня такое исследование — неотъемлемая часть диагностических процедур, направленных на профилактику повторного камнеобразования. Однако, к сожалению, техническая возможность предоставления этой услуги пациентам в рамках программы государственных гарантий сегодня существует лишь в единичных государственных учреждениях. Подавляющее большинство пациентов, не имеющих возможности пройти такой анализ бесплатно, вынуждены обращаться в частные медицинские центры и лаборатории. Вынужден признать, что нам не удалось решить этот вопрос, поскольку анализатор химического состава камня не внесен в номенклатуру медицинских изделий Росздравнадзора. Кроме того, эта аппаратура должна числиться в стандарте оснащения не урологической, а лабораторной службы медицинского учреждения. Тем не менее мы не собираемся капитулировать перед этой проблемой. Дмитрием Юревичем было направлено соответствующее обращение в Росздравнадзор, и в ближайшей перспективе мы ожидаем найти решение.

— Когда же обновленный приказ будет подписан министром здравоохранения и урологи начнут по нему работать?

— Работа над проектом приказа практически финализована, но все же не закончена. Она продолжается. Мы поддерживаем постоянный контакт с экспертами и надеемся, что к осени 2025 года окончательная редакция проекта приказа будет сформирована, согласована и подана на подпись министру здравоохранения. 

Вадим Кириллов, к.м.н.

ГМП

ТЫ НИКОГДА НЕ ЗНАЕШЬ, ГДЕ ЭТО СЛУЧИТСЯ...

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ «НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ» 2024:

полипептиды мочевого пузыря (Везустен®) рекомендуются

- Уровень убедительности рекомендаций А
- Уровень достоверности доказательств 2

ВЕЗУСТЕН®

ПЕРВЫЙ* ПРЕПАРАТ ДЛЯ ПАТОГЕНЕТИЧЕСКОГО КУРСОВОГО ЛЕЧЕНИЯ ГМП

Снижение частоты мочеиспусканий и ургентных позывов у 67% пациентов более чем на 20% по шкале TUF5

Снижение количества эпизодов недержания мочи в 2,9 раза

Эффект нарастает после завершения курса терапии в течение 3 недель и более

ГМП — гиперактивный мочевой пузырь. TUF5 — Total Urgency and Frequency Score — обобщённая шкала ургентности и частоты мочеиспусканий

*Первый препарат для патогенетического лечения ГМП в анатомо-терапевтической химической группе GU4BO «Препараты для лечения учащенного мочеиспускания и недержания мочи»

Пулжар, Д.В., Курьянова-Яла, Гамилла С.И., Крайнов-Продлов Г.Г., Силин Д.Т., Аль, Шукри С.Х. и др. Оценка безопасности и эффективности лекарственного препарата Везустен у пациентов с гиперактивным мочевым пузырем. Урология, 2023;42: 51

000 «ПептидПро», 160354, Москва, Космодамианская наб., д. 52, стр. 1В
Телефон: +7(495)230-09-09, www.peptidpro.com

PeptidPRO®

РЕКЛАМА.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ, ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ СОДЕРЖИТСЯ В ИНСТРУКЦИИ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ПРЕПАРАТА ВЕЗУСТЕН ОТ 26.06.2024

Реклама

Два юбилея Игоря Михайловича Рохликова

Так совпало, что в январе 2025 года кандидат медицинских наук И.М. Рохликов отметил сразу два юбилея: свое 60-летие и 30-летие работы в должности окружного внештатного специалиста-уролога Центрального административного округа (ЦАО) столицы по оказанию амбулаторной урологической помощи. О профессиональном пути Игоря Михайловича и о том, чем он живет кроме работы, с ним беседовал корреспондент нашей газеты.



Игорь Михайлович
РОХЛИКОВ

— Игорь Михайлович, разрешите от имени редакции и главного редактора «Урологии сегодня» академика Дмитрия Юрьевича Пушкаря, всех читателей газеты и от себя лично поздравить вас с двойным юбилеем! Почему выбрали именно эту непростую профессию?

— Пошел по родительским стопам. Мама работала терапевтом, заведовала отделением, отец был зубным врачом. Я родился 17 января 1965 г. в городе Полоцке Белорусской ССР. Детство и школьные годы прошли на Смоленщине. В 1982 г. стал студентом лечебного факультета Смоленского государственного медицинского института и в 1988 г. окончил его с отличием. В урологию попал по воле случая. В наше время было принято начиная с 4-го курса института подрабатывать в качестве медбрата в каком-нибудь стационаре. Вакантное место для меня нашлось лишь в мужском урологическом отделении Смоленской областной клинической больницы (СОКБ). Три года я отработал там на полставки, дежурил по ночам. Когда на распределении после окончания вуза мне предложили продолжить обучение в клинической ординатуре хирургического профиля, специальность «урология» была для меня уже безальтернативной.

— Чем запомнились эти годы?

— Бóльшая часть моей работы проходила в операционной. На первом году обучения я был единственным клиническим ординатором в больнице. У меня не было конкурентов, поэтому ежедневно ассистировал практически на всех операциях. На втором году ординатуры я уже самостоятельно выполнял чреспузырные аденомэктомии, операции при нефроптозе, пиелолитотомии, практически все малые урологические вмешательства. При ассистенции старших коллег я произвел даже несколько нефрэктомий.

При обучении клинических ординаторов большое внимание уделялось теоретической подготовке. В те годы не было интернета, приходилось несколько раз в неделю посещать медицинскую библиоте-

ку. С большой благодарностью вспоминаю своих учителей: профессора М.И. Лоскутова, доцента Н.И. Орлову, доцента и в последующем профессора А.В. Гринёва, заведующих отделениями СОКБ Е.Я. Филичкина, В.Е. Сердюцкого, З.И. Хатилину, всех урологов нашей клиники. Доклад об истории болезни на утренней конференции всегда был маленьким экзаменом. Курация больных, ведение палат, ночные дежурства в скорпомощной больнице, консультации пациентов в других отделениях, освоение методов обследования урологических больных, операции, семинары и клинические разборы помогли мне за два года стать врачом, способным работать самостоятельно.

— Как начался ваш профессиональный путь?

— В августе 1990 г. после окончания клинической ординатуры я был направлен в распоряжение Главного управления здравоохранения Москвы и в течение года работал урологом городской больницы

№ 17 Солнцевского территориального медицинского объединения. Пришлось осваивать и профессию педагога. В этом мне очень помогали доценты кафедры Ю.М. Захматов и Г.И. Варенцов. Ведение занятий, чтение лекций, прием зачетов были мощным стимулом для самообразования.

В течение двух месяцев 1993 года стажировался в одной из урологических клиник Западной Германии в пригороде города Кёльна, в больнице Святой Марии. Там мне посчастливилось впервые ассистировать на операциях радикальной простатэктомии, цистэктомии с кишечной пластикой и созданием ортотопического мочевого пузыря. В нашей стране в то время эти операции практически нигде не выполнялись. По возвращении я продолжил преподавательскую, научную и лечебную работу.

Однако после внезапной смерти летом 1993 г. профессора В.Я. Симонова многое на нашей кафедре изменилось. С новым заведующим кафедрой урологии РГМУ им. Н.И. Пирогова — профессором Евсеем



Борисовичем Мазо (1931–2008) — отношения у коллег и у меня, честно говоря, не сложились. Кандидатскую диссертацию, о которой мечтал еще с момента поступления в аспирантуру, я тогда так и не защитил. Научная карьера оборвалась, в феврале 1995 года я вернулся в практическое здравоохранение и вот уже 30 лет, с 20 февраля 1995 г. и до настоящего времени, работаю поликлиническим врачом и главным внештатным специалистом-урологом ЦАО.

Осенью 2008 года по приказу Департамента здравоохранения Москвы (ДЗМ) в ЦАО было создано Окружное урологическое отделение (ОУО). И уже с октября того же года я стал урологом городской поликлиники № 68 ЦАО — базового учреждения при организации ОУО. Была проделана большая работа. Для размещения ОУО выделили помещения, закупили оборудование, подобрали урологов. В отделении активно внедрялись стационарные замещающие методы диагностики и лечения урологических заболеваний. За год в наше отделение по направлениям уроло-

гов 27 городских поликлиник (ГП) обращались более 1800 первичных пациентов, выполнялось свыше 60 операций, более 50 сеансов дистанционной литотрипсии, около 300 трансректальных мультифокальных биопсий предстательной железы под ультразвуковым контролем. Выявляемость рака простаты составляла более 45 %.

В дневном стационаре поликлиники ежегодно лечились около 400 урологических больных. Была налажена преемственность в работе урологического отделения ГКБ № 1 им. Н.И. Пирогова, ОУО ЦАО и урологических кабинетов территориальных поликлиник. Наше отделение было признано одним из лучших в городе. Но в конце 2012 года все окружные отделения в поликлиниках столицы были расформированы. Началась «оптимизация» здравоохранения, которая продолжается и сейчас.

Сегодня я веду прием пациентов в ГП № 68, причем второго уровня и преимущественно андрологического профиля. Вижу в этом важную специфику моей работы поликлиническим урологом. За первые 20 лет нашего века получил благодарности префекта ЦАО «за высокий профессионализм, личный вклад в укрепление и развитие системы здравоохранения», почетный диплом ДЗМ «за вклад в практическую амбулаторно-поликлиническую службу» (2013), почетные грамоты ДЗМ, управления здравоохранения ЦАО, грамоты и благодарственные письма главврача нашей поликлиники. В мае 2019 года после успешного прохождения оценочных процедур приказом ДЗМ мне был присвоен статус «Московский врач» сроком на 5 лет.

— Вы упомянули продолжающуюся «оптимизацию» здравоохранения. Что изменилось в вашей работе за годы проведения этой реформы?

— Мне сложно однозначно ответить на этот вопрос. Московское здравоохранение стремительно развивается. Открываются новые специализированные медицинские центры, оснащенные по последнему слову техники, в частности Московский урологический центр (МУЦ) под руководством академика Д.Ю. Пушкаря на базе Боткинской больницы. Это учреждение вывело высокотехнологичную медицинскую помощь (ВМП) урологическим больным нашего города на новый уровень. Все мои пациенты, побывавшие в МУЦ на консультациях или получившие оперативное лечение, положительно о нем отзываются.

Одно за другим после капитального ремонта открываются здания поликлиник. Обновленные кабинеты амбулаторных урологов оснащены фиброцистоскопами, урофлоуметрами, портативными аппаратами УЗИ, современной медицинской мебелью. Сейчас практически во всех поликлиниках Москвы уже в фойе перед регистратурой пациентов встречают приветливые девушки в нарядной униформе, которые помогают человеку быстро сориентироваться, решить вопросы, связанные с визитом к врачу.

Словом, для больных создаются условия максимального комфорта. Все сделано для того, чтобы посетитель почувствовал себя в поликлинике важным, нужным и уважаемым человеком. Это, конечно, радует.

Но с укрупнением и объединением поликлиник куда-то ушла душевность взаимоотношений во врачебных коллективах. Администрации отделились от рядовых докторов. Были сокращены штаты амбулаторных урологов, соответственно, увеличилась нагрузка на врачей. Самым сложным в моей работе считаю жесткий тайминг. Амбулаторному урологу отводится на прием пациента 15 минут. Это еще приемлемо, хотя до начала оптимизации я мог заниматься с больным 20 минут. Однако в спальных районах Москвы прием уролога длится 12, а кое-где даже 10 минут. Это не только снижает результативность работы специалиста, но и противоречит принципам гигиены труда. Врач — тоже человек, он не может день за днем принимать за смену 45–50 больных и при этом не наносить ощутимый ущерб своему собственному здоровью.

Очень напряженный (по сравнению, например, с неврологией или эндокринологией) поток пациентов к урологу образуется во многом из-за досадного, на мой взгляд, логистического просчета. Напомню, что наша служба работает по первичной обращаемости, без начального приема у врача общей практики или участкового терапевта. Из-за этого к моим коллегам буквально ежедневно приходят пациенты с незначительными или просто ложными симптомами. Сегодня принял бабушку с распространенным остеохондрозом и ожирением, у которой заболела спина. Она решила, что у нее «отказывают почки», и сразу же записалась к урологу. А вчера — молодую женщину, которая вычитала в интернете, что у нее подозрительный результат анализа мочи.

Убежден: если бы пациента к урологу направлял терапевт, уменьшилась бы очередь на прием, увеличилась доступность, и специалист больше внимания уделял бы больным, которые действительно нуждаются в специализированной урологической помощи.

Уже много лет мы работаем без медсестер, на компьютерах в системе ЕМИАС, которая еще далека от совершенства, действует медленно, часто зависает. Я, например, не умею печатать на клавиатуре десятью пальцами, а это в современных условиях уже почти профнепригодность. Врачи нередко работают в состоянии хронического стресса, порой на пределе своих физических возможностей. А ведь на нас возложена огромная ответственность за жизни и здоровье наших пациентов.

Врачевание несомненно со спешкой, суетой и шаблонным подходом. Настораживает и углубившееся за последние годы различие в мануальных навыках амбулаторных и стационарных урологов. Урологи поликлиник перестали выполнять инструментальные и инвазивные вмешательства, ушли в прошлое амбулаторные операции, биопсии. А ведь мы врачи одной хирургической специальности! И у амбулаторных, и у стационарных коллег в карманах лежат одинаковые сертификаты и аккредитации.

Удручает, что на урологов поликлиник порой возлагаются функции, никак не связанные с основной специальностью. Например, активное участие в выполнении поликлиникой плана вакцинации от гриппа. Так, во время пандемии новой коронавирусной инфекции урологов поликлиник привлекали к обслуживанию на дому температурящих больных и прививочной

кампании от COVID-19. На мой взгляд, всем этим призваны заниматься врачи общей практики, терапевты, инфекционисты, но никак не урологи. Привыкать приходится и к новым терминам: «клиентские пути», «биржа пациентов». Но это уже другая тема...

— **Об онкологической настороженности врача первичного звена, в том числе уролога, сегодня не говорит только ленивый...**

— Хорошо, что город уделяет проблеме рака все больше внимания. Значительно

Здравоохранение столицы быстро развивается. Открываются специализированные медицинские центры, оснащенные по последнему слову техники, в частности Московский урологический центр при Боткинской больнице

укрупняется и развивается онкологическая служба. Выпущен ряд распорядительных документов, среди них два приказа ДЗМ от 2020 и 2022 годов (оба под номером 16), регламентирующих так называемые клиентские пути, где четко прописано, какой объем обследований необходим, на каком уровне медицинской помощи и в какие сроки их проводить (например, при подозрении на рак мочевого пузыря, предстательной железы, яичек, почек и т.д.). Все это детально и четко расписано. Теперь, казалось бы, онконастороженность врачей подкреплена основательной базой. Но проблема в проведении сколько-нибудь сложных исследований на уровне амбулаторных ЛПУ. Например, урологу первого уровня в его поликлинике необходимо в трехдневный срок обследовать пациента с подозрением на злокачественное новообразование (ЗНО), прежде чем передать в онкологическую сеть. При этом в поликлинике очередь на УЗИ в среднем составляет 10 дней, а на магнитно-резонансную томографию — несколько недель.

— **И что вы делаете в таком случае?**

— Задействую личные связи, прошу кого-то из коллег побыстрее сделать анализ или нужное исследование — словом, делаю все, что могу, чтобы уложиться в отведенные клиентскими путями сроки. По-моему, очень правильное решение приняло руководство некоторых ГП, где выделяются квоты для пациентов с подозрением на ЗНО, как бы создается зеленая улица для выполнения обследований. Но было бы правильнее, если бы это регламентировалось приказом ДЗМ.

Выявлять на ранних стадиях рак простаты — самую распространенную из злокачественных урологических опухолей — московским окружным урологическим отделением в свое время помогал тот факт, что поликлинический уролог в ОУО мог сам выполнить биопсию данного органа. В результате мы могли передать пациента онкологам с уже подтвержденным диагнозом на основании гистологического заключения. А сейчас, к сожалению, врачей общей амбулаторной сети лишили возможности выполнять такую биопсию. И это узаконено в названных мной клиентских путях, которые описываются приказами ДЗМ. Лишь в отдельных случаях в некоторых поликлиниках Москвы урологи до сих пор выполняют биопсию до передачи пациента в онкологическую сеть, но это уже исключение из правил.

— **Как работает руководимая вами служба?**

— До начала «оптимизации» городской сети здравоохранения на территории ЦАО действовало 27 поликлиник. В каждой работали 1–2 уролога. В итоге население округа, составляющее приблизительно 670 тысяч человек (как в городе Тольятти), до 2012 года обслуживали 30–32 врача нашей специальности. В результате «оптимизации» число урологов в ЦАО к 2022 году сначала сократилось до 19, но сегодня снова выросло до 27–28 человек. Жаль, что такой рост произошел не благодаря тому, что нам

вернули сокращенные ставки, а из-за того, что к некоторым нашим поликлиникам добавились новые территории и филиалы, которые раньше относились к другим округам Москвы.

Сегодня в нашей команде 2 кандидата медицинских наук (до 2012 года их было 8), трое врачей высшей квалификационной категории, двое — первой категории. Остальные доктора не имеют ни ученой степени, ни категории. То есть уровень квалификации врачей поликлиник явно снизился. Что касается категорий, то сегодня они все меньше интересуют моих коллег, потому что с апреля прошлого года квалификационные категории исключены из базовой части заработной платы. Сейчас оплата за категорию относится к стимулирующим выплатам по усмотрению администрации поликлиник.

— **В чем заключается ваша работа в роли руководителя окружной урологической службы?**

— В прошлые годы значимость окружных специалистов по любым направлениям лечебной работы, а не только по урологии, была намного выше. До 2012 года каждый месяц мы собирались со всеми урологами округа на производственные совещания, где обсуждали самые важные вопросы нашей практики, разбирали сложные клинические случаи, делились опытом работы. Минимум раз в год я проводил выездные проверки каждого урологического кабинета. В результате я знал, как работает каждый наш доктор, какие у него плюсы и минусы, и понимал, чем могу помочь ему при необходимости. А иногда приходилось наказывать некоторых врачей. Я напрямую контактировал с главными врачами и их заместителями всех 27 ГП управления здравоохранения (УЗ) ЦАО, со многими сотрудниками окружного УЗ, при личных контактах решались все текущие вопросы, касающиеся амбулаторной урологической службы, в том числе кадровое обеспечение.

Проверки и совещания давно упразднены, а официальные консультации пациентов от других урологов стали нечастыми. Это больше не поощряется в городском здравоохранении. Оказывается, теперь это сопряжено с какими-то сложными межучрежденческими взаиморасчетами в рамках системы ОМС. И в основном сейчас поликлиники решают проблемы по работе с урологическими пациентами на закрытом уровне администрации своих учреждений. По сути, окружные урологи в течение по-

следнего десятилетия являются филиалами оргметодотдела по урологии нашего ДЗМ. Собираем отчеты, дублируем на места тексты приказов и распоряжений, выполняем представительские функции.

В течение всех 30 лет моей работы в качестве окружного уролога мне приходится курировать обеспечение льготников лекарственными и инвалидов — техническими средствами реабилитации в соответствии с разработанной для них индивидуальной программой реабилитации и абилитации. Нередко бывают сложности в обеспечении этих несчастных людей, когда им почему-то не выдают в их поликлиниках положенные бесплатные катетеры или другие изделия медицинского назначения. Тогда эти инвалиды или их родственники приходят ко мне. Такая работа морально очень тяжела и ведет к эмоциональному выгоранию. Вижу страдания людей, невольно пропускаю через себя их горе, стараюсь как-то поддержать психологически. И с негодованием понимаю, что решаю проблемы, которых при правильной организации работы быть не должно.

На прошлой неделе приходила молодая женщина, которая хлопотала за своего мужа. Ему тоже не больше 30 лет. Несколькими годами назад они отдыхали на берегу какого-то водоема. И парень вдруг услышал, что дочь позвала на помощь, якобы она тонет во время купания. Он прыгнул в воду головой вниз, ударился о корягу. В результате — перелом шейных позвонков. Сейчас его тело ниже шеи не шевелится, пострадали функции тазовых органов. Ему нужно шесть раз в день вводить в мочевой пузырь катетер, чтобы удалять мочу. По поводу этого катетера она и пришла ко мне.

— **Вы подписали нужные ей документы?**

— Конечно! Если возникают спорные вопросы и таким инвалидам не выдают то, что им положено, я всегда все подписываю. Пусть человеку дадут то, что ему нужно, он и так уже наказан случившимся несчастьем.

— **Вы сказали, что официальных обязанностей главного уролога у вас стало меньше. А есть и неофициальные?**

— К счастью, да. У нас есть чат, в котором участвуют все мои коллеги по ЦАО. Работа в этом чате — для меня это не общение, а именно работа, и обычно сложная — занимает немало времени в любое время суток любого дня недели. Через этот чат консультирую коллег в отношении трудных клинических случаев, особенно связанных с андрологическими расстройствами, даю членам моей команды советы по оргздравовским вопросам. А иногда и по личным — если, например, у кого-то не складываются отношения в коллективе. Если чата недостаточно, врачи звонят мне, иногда им все же приходится направлять своих больных ко мне на прием. Считаю, что достаточно осведомлен о профессиональном уровне каждого нашего специалиста, оснащенности урологических кабинетов, о самых острых проблемах в работе. Поэтому чувствую себя нужным в роли главного внештатного уролога с 30-летним стажем, вижу, как моя работа помогает общему делу.

Но моя профессиональная деятельность этим не ограничивается. В 2004–2005 годах я был одним из организаторов и активным участником многоцентрового научного клинического исследования УТИАР-3 по изучению чувствительности возбудителей

Продолжение на с. 8 →

внебольничных острых неосложненных и осложненных инфекций мочевыводящих путей (ИМП). В 2006 году защитил кандидатскую диссертацию «Клинико-микробиологическая и фармакоэпидемиологическая характеристика внебольничных инфекций мочевыводящих путей в Москве» по специальностям «урология» и «фармакология, клиническая фармакология». Моими научными руководителями были доктор медицинских наук Т.С. Перепанова и В.В. Рафальский. Диссертацию посвятил светлой памяти моего друга и учителя — профессора Леонида Соломоновича Страчунского (1952–2005), который был директором НИИ антимикробной химиотерапии Смоленской государственной медицинской академии.

В 2009 году я прошел обучение по надлежащей клинической практике и получил сертификат Good Clinical Practice for Investigators. В 2011–2015 гг. по совместительству работал ведущим научным сотрудником отдела клинических исследований НИИ урологии и репродуктивного здоровья человека Сеченовского института. С 2011 г. состою в рядах Европейской ассоциации урологов (EAU), посетил 10 ежегодных конгрессов этой организации в различных европейских столицах, последний — в апреле 2024 г. в Париже. В 2012–2018 гг. был заместителем председателя экспертной группы по урологии аттестационной комиссии ДЗМ. С апреля 2013 г. являюсь членом профильной комиссии при главном внештатном специалисте-урологе ДЗМ. Считаю за честь работать в команде академика РАН, профессора Д.Ю. Пущкаря. Состою также в списке экзаменаторов по специальности «урология» в кадровом центре ДЗМ.

— **Вы занимаетесь вопросами андрологии...**

— Это один из наиболее интересных для меня разделов урологии. С 2000 года я член Профессиональной ассоциации андрологов России. Стараюсь посещать все научные мероприятия по данной теме. Являюсь автором 43 научных статей, в том числе в научном журнале Andrology Американского общества андрологов и Европейской академии андрологии (American Society of Andrology and European Academy of Andrology). Кроме того, я соавтор патентов «Способ обследования, повышающий вероятность нормализации репродуктивной функции мужчин после варикоцелэктомии» и «Способ лечения мужского бесплодия, обусловленного аутоиммунными реакциями против сперматозоидов». Система подготовки будущего уролога-андролога не имеет нормативной базы и во многом определяется его собственным стремлением к самообразованию. Выражаю благодарность моим учителям в андрологии — профессорам А.С. Сегалу, П.А. Щеплеву и С.Ю. Калинченко.

Более 20 лет от наших профессиональных сообществ — Профессиональной ассоциации андрологов России, РОО «Мужское здоровье», а также от урологов с трибун



С 2024 программа бесплатной диспансеризации мужчин от 20 до 49 лет включает скрининг репродуктивного здоровья: до 39 лет — каждые три года, затем — ежегодно

андрологических конгрессов звучали призывы к руководству страны и Минздраву обратить особое внимание на мужское здоровье россиян, которое, должен подчеркнуть, сегодня находится в удручающем состоянии. Меня очень порадовало, что с 2024 года в программу бесплатной диспансеризации для мужчин от 20 до 49 лет входит скрининг репродуктивного здоровья. Периодичность диспансеризации зависит от возраста: для мужчин до 39 лет включительно — каждые три года, затем — ежегодно.

Сегодня в своей поликлинике я главным образом веду прием пациентов андрологического профиля. Урологи поликлиник ЦАО направляют ко мне мужчин с эректильной дисфункцией, бесплодием, гипогонадизмом, воспалительными заболеваниями половых органов, болезнью Пейрони. За 36 лет врачебной практики я накопил достаточно знаний и практического опыта для оказания специализированной андрологической помощи этому контингенту больных.

Люблю учиться и считаю, что врачу нужно делать это всю жизнь. Мой люби-

мый способ обучения — посещение медицинских научных мероприятий. Я накопил 186 сертификатов участника или делегата съездов, пленумов, конференций, семинаров по урологии и смежным медицинским специальностям. Не всегда там выступаю, но активно участвую в обсуждении, задаю вопросы докладчикам, считаю особой удачей, если мне удалось разжечь интересную и полезную дискуссию. Из каждого посещения мероприятия извлекаю что-то полезное, будь то новая схема лечения, новый термин или диагностический алгоритм. Через чат всегда стараюсь заинтересовать урологов нашей команды участием в таких форумах.

— **Вы участвуете в обсуждении проекта обновленного документа взамен устаревшего приказа Минздрава России от 12 ноября 2012 г. № 907н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю “урология”»?**

— Все главные внештатные урологи из разных регионов России являются членами профильной комиссии, в моем случае руководимой главным внештатным урологом ДЗМ. Конечно же, мы все хорошо знакомы с проектом обновленного приказа, внесли немало своих предложений. Безусловно, этот документ очень нужен. Главное, чего я от него жду, — сохранить урологию как самостоятельную дисциплину. К сожалению, сейчас она переживает не лучшие времена.

С одной стороны, усиливается наступление на нее онкологии. Сейчас большую часть пациентов, которые раньше могли лечиться, обследоваться и оперироваться на базе общеурологических стационаров, мы вынуждены по клиентским путям, утвержденным ДЗМ, отдавать онкологам. С другой стороны, нас пытается поглотить хирургия. Ведь в принципе специальность «уролог» во многом близка к хирургии. Но это отнюдь не одно и то же! Меня тревожит, что сейчас практически во всех московских поликлиниках урологической службой руководит хирург, который одновременно заведует хирургическим отделением. В какой-то степени это лишает урологов самостоятельности и кулуарности в принятии решений.

Надеюсь, что обновленный приказ не только поспособствует сохранению урологии как самостоятельной дисциплины, но и позволит решить ряд частных, но крайне важных для нас проблем. В частности, Дмитрий Юрьевич активно пытается утвердить в новом приказе минимальный 15-минутный интервал для приема амбулаторных пациентов урологом.

— **Расскажите о себе. У вас есть семья?**

— Я был женат, моей дочери 16 лет. Пока она хочет стать врачом, отчего я ее активно отговариваю на том основании, что стать настоящим врачом и работать в таком качестве — дело невероятно трудное.

— **Получается уделять достаточно времени дочери?**

— Однозначно — нет. Приходится много работать, к вечеру я устаю, и на общение с ребенком остаются только выходные дни, причем не каждую неделю. Но мы вдвоем его очень ценим. Единодушно нашли для общения такую площадку, как торговые центры с хорошей зоной отдыха. Нам важен не столько шопинг, сколько возможность просто беззаботно бродить по нарядным просторным залам, разговаривать, шутить, ну, может быть, немного посплетничать о знакомых, расслабиться в кафе, посидеть в кинозале. Честно говоря, я всю неделю жду этого похода на уикенд с дочкой.

Но мое хобби — не хорошее кино, а театр, особенно Малый: пересмотрел весь репертуар с участием моей любимой актрисы Ирины Муравьевой. Не перестаю наслаждаться тем, как она играет Коробочку в «Мертвых душах» или Павлу Петровну Бальзамину в «Женитьбе Бальзамина». Еще люблю цыганский фольклор. Побывал практически на всех спектаклях цыганского театра «Ромэн». Я вообще люблю цыган за их самобытность, верность своим обычаям и традициям.

Мне нравится путешествовать. Посетил почти все европейские столицы, многие по несколько раз. Но больше всего я люблю отдых в арабских странах, например в Марокко, Египте, Тунисе, Арабских Эмиратах. Южное море — это, конечно, здорово, но больше всего мне нравится атмосфера старинных восточных базаров с их многообразием запахов специй, трав, благовоний.

— **Как начинается ваше обычное рабочее утро?**

— Подъем в 5:45. Гимнастика 20–25 минут для контроля массы тела — мое обязательное правило в течение уже более 30 лет. Легкий завтрак и все остальное тоже рассчитано по минутам, ведь работа начинается рано и опаздывать нельзя. В поликлинику еду на своем автомобиле, реже на метро. В 08:00 первый пациент уже в моем кабинете.

— **Какие черты цените в людях и что больше всего нравится в вашем деле?**

— Больше всего ценю верность и порядочность. И ненавижу предательство. А в работе для меня важно сознание собственной нужности и пользы, которую приносит моя профессиональная деятельность. Врач всю жизнь копит медицинские знания, а затем претворяет их в жизнь, чтобы помочь страдающему человеку. Вот почему я так люблю учиться.

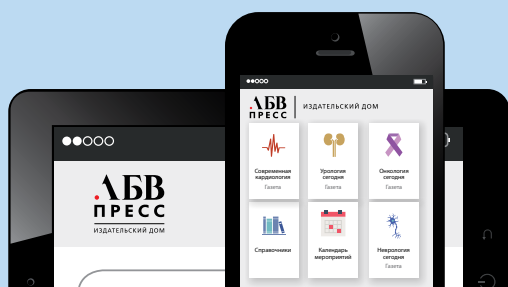
— **Юбиляру обычно желают исполнения желаний. А у вас какое самое заветное?**

— Здоровье — на первом месте. Чтобы по-прежнему были силы, энергия, горение к работе. Мечтаю, чтобы никакие болезни не помешали мне быть полезным моим пациентам еще на протяжении хотя бы десяти лет. ☺

АБВ
ПРЕСС
ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ
www.abvpress.ru

Мобильное приложение

Бесплатно — для смартфонов и планшетов iOS и Android.



➤ ГАЗЕТЫ
➤ КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
➤ СПРАВОЧНИКИ
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
➤ УДОБНЫЙ ФУНКЦИОНАЛ:
ВОЗМОЖНОСТЬ ЧТЕНИЯ
OFF-LINE.

Реклама

СОВРЕМЕННЫЙ И УДОБНЫЙ СПОСОБ ЧТЕНИЯ — ИНФОРМАЦИЯ ВСЕГДА ПОД РУКОЙ!

Как развивается робот-ассистированная хирургия в урологии и остальной медицине

В эру телекоммуникаций и компьютерных технологий инновационные чудеса максимально быстро интегрируются в жизнь. Новейшие концепции автоматизированных и роботических решений уже применяются во многих отраслях промышленности. С недавнего времени роботы в медицине в целом и в хирургии в частности стали неотъемлемой частью повседневной практики.



Константин
Борисович
КОЛОНТАРЕВ

Д.м.н., профессор, зам. руководителя
Московского урологического центра

Роботизированные технологии приобретают все большую популярность в медицинской отрасли. Многочисленные роботические системы (РС) разработаны в помощь пожилым и инвалидам. Автоматические программируемые инвалидные кресла облегчают жизнь пациентам с частичной или полной утратой способности к передвижению. Ряд роботизированных устройств не только напоминают человеку преклонного возраста о необходимости своевременного приема лекарств (Nursebot), но и заменяют врача у постели больного (RP-6 robot). При этом специалист общается с пациентом посредством интернет-технологий. Существует целый ряд роботических решений для применения в здравоохранении без непосредственного контакта с больным. Взять хотя бы лабораторные и транспортные системы. Роботизированные лабораторные комплексы могут обеспечить бесперебойное функционирование многопрофильного учреждения с минимальной затратой человеческих ресурсов, что очень выгодно экономически.

Как все начиналось

История развития хирургических РС ознаменовалась появлением в 1985 году программируемого универсального манипулятора (Programmable Universal Manipulation Arm, PUMA-560) для выполнения точечной биопсии головного мозга под КТ-наведением. Сегодня его использование прекращено из соображений безопасности.

В 1988 году для выполнения автоматизированной трансуретральной резекции простаты (ТУРП) была разработана РС Probot и тогда же с ее помощью выполнили первую ТУРП. Для этого в предоперационном периоде сконструировали 3D-модель простаты, края резекции были очерчены хирургом, а траектории движения резектоскопа рассчитала РС.

Robodoc (IBM) стал первой РС, использованной в ортопедии при протезировании тазобедренных суставов (ТБС). Со временем модели совершенствовались, и теперь они в автоматическом режиме выполняют необходимые манипуляции для завершения процедуры замены ТБС (Caspar system, Acrobot).

К началу 1995 года была создана нейрохирургическая РС Minerva, использующая данные динамического КТ, что позволяло вносить коррективы в ход процедуры в режиме реального времени. Но ее применение существенно ограничивала необходимость нахождения пациента в аппарате КТ на протяжении всей манипуляции. Сегодня в распоряжении нейрохирургов есть РС Cyberknife для выполнения ультраточной лучевой терапии злокачественных новообразований головного мозга (ЗНО ГМ). Для максимальной аккуратности при облучении используется технология пошаговой корреляции изображений дооперационной КТ и рентгеновских исследований в ходе манипуляции в режиме реального времени.

Однако перед началом популяризации того или иного минимально инвазивного метода лечения или РС нужно убедиться в наличии публикаций с доказанными преимуществами соответствующей технологии.

Существующая с 1999 года робот-ассистированная хирургическая система «Да Винчи» (Intuitive Surgical, Inc, Sunnyvale, CA) стала наиболее распространенной (более 8 тысяч РС во всем мире) и часто используемой платформой для минимально инвазивной хирургии. Она применяется не только в урологии, но и в гинекологии, кардио- и общей хирургии, хирургии головы и шеи и т.д. Робот-ассистированная радикальная простатэктомия впервые была выполнена в 2001 году. При этом еще в 1999 году компания Intuitive

Внедрение и популяризация робот-ассистированных технологий проходят через все хорошо знакомые этапы принятия новых методик специалистами. Еще в 1980 году были определены пять основных этапов жизненного цикла новых технологий:

1. Доказанная выполнимость (техническая воспроизводимость, применимость, безопасность осложнений).
2. Доказанная эффективность (преимущества для пациентов, демонстрируемые в центрах с большим потоком больных).
3. Доказанная эффективность (преимущества для пациентов во всех учреждениях).
4. Стоимость (преимущество в стоимости технологии по сравнению с традиционным подходом к лечению).
5. Золотой стандарт.

Минимальная инвазивность

Мировая тенденция направлена на уменьшение инвазивности хирургических вмешательств с резким ростом доли лапароскопических и робот-ассистированных операций и сокращением использования традиционной открытой хирургии. Популяризация лапароскопической техники уменьшила период пребывания в стационаре и страх пациентов перед предстоящим вмешательством. Робот-ассистированная хирургия стала платформой для интеграции современных разработок в минимально инвазивные оперативные вмешательства, продвинувшиеся вперед после внедрения однопортовой хирургии (LESS) с последующим шагом в виде разработки так называемой хирургии через естественные отверстия (NOTES).

Для минимально инвазивных операций доступны некоторые робот-ассистированные платформы, позволяющие выполнять манипуляции NOTES в режиме «ведущий — ведомый» (master — slave). Большинство пациентов хотя бы прооперированными при помощи более современной технологии, менее болезненной, не оставляющей следов и позволяющей избежать длительной госпитализации.

Surgical начала исследования по применению своей РС в кардиохирургии параллельно с конкурентом — компанией Computer Motion, которую и приобрела в 2004 году. После одобрения FDA за неполные 20 лет было разработано 4 поколения системы «Да Винчи». Intuitive Surgical обладает более чем 1500 патентами, что ограничивает клиническое применение альтернативных РС.

К преимуществам использования РС для пациентов относятся меньшее количество осложнений, короткие госпитализация и реабилитация, а для хирурга — эргономичность, связанная в том числе с появлением консолей, что позволяет выполнять оперативное лечение сидя, а также фильтрация физиологического тремора и 3D-изображение высокой точности с многократным увеличением. Прекрасный пример инженерной интеграции в медицину — разработка устройств тактильной чувствительности, получаемой с сенсоров дистальной части инструмента и передаваемой на манипуляторы хирурга, что обеспечивает более бережную работу с тканями. Робот-ассистированная хирургия прошла большой путь за короткое время, воплотившись в повседневную реальность с великолепными возможностями выполнения точнейших манипуляций.

Дальнейшие перспективы

Каждый год возникают все новые РС, отвечающие высоким требованиям эффективности и безопасности. В ближайшие 5–10 лет можно ожидать выхода на рынок нескольких РС для мульти- и однопортовой хирургии. Развитие будет сфокусировано на нескольких специфических деталях:

- роботические руки (меньший вес и размер, расположение на операционном столе или на отдельных тележках);
- инструменты (тактильная чувствительность, микромоторы);
- консоли хирурга (открытого, полукрытого или закрытого типа);
- применение 3D- и HD-видеотехнологий (поляризационные очки, окуляры, зеркальная технология).

Технологические стандарты четырех поколений «Да Винчи» установили высокую планку для разрабатываемых РС, их золотой стандарт. Внедрение новых систем в практику будет зависеть от их клинического функционала, стоимости оборудования, расходных материалов и сервисного обслуживания.

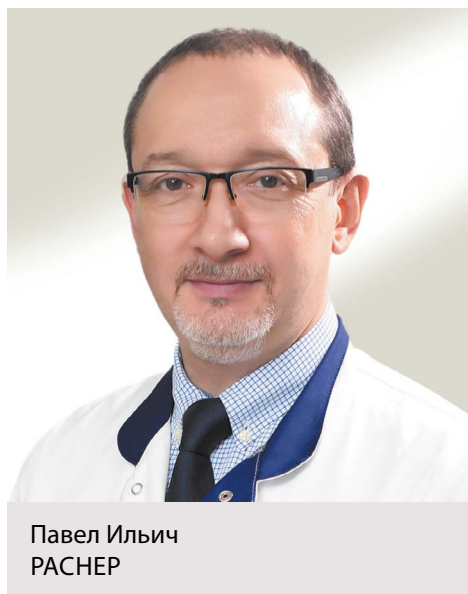
Интеллектуальные технологии (ИТ) затрагивают все аспекты хирургической практики. В будущем они станут важной частью диагностики, терапии и обучения специалистов. Компьютеры, телекоммуникации, роботы, микророботы и виртуальная реальность необходимы для успешного развития любого направления медицины. Диагностика уже обладает многими ИТ (виртуальная колоноскопия, 3D-визуализация, микроэндоскопические датчики, телеконсультации и консилиумы). Постоянно совершенствуются методы дистанционной хирургии — системы уменьшаются в размерах и становятся прогрессивно автономными.

Нам предстоит перейти от минимально инвазивных процедур к неинвазивным манипуляциям, от прямого воздействия на пациента — к дистанционному, от монотерапии — к мультимодальному подходу. В обучение специалистов будут все шире внедряться ИТ, включая виртуальную реальность и объективную оценку хирургических навыков, все больше хирургических манипуляций будет выполняться под эндоскопическим контролем. Наблюдаемый тренд — мультидисциплинарный подход к лечению пациентов для минимизации травмы ткани. Эффективно применяются фьюжн-технологии, позволяющие в том числе тщательно планировать оперативное вмешательство. Сегодня мы с уверенностью можем сказать, что робот-ассистированные технологии гигантскими шагами идут к последнему этапу жизненного цикла. Этот технологический прорыв позволяет оказывать качественно иную помощь пациентам в самых разных областях медицины. 📄

Список литературы находится в редакции

Современные подходы к лечению доброкачественной гиперплазии предстательной железы

Доброкачественная гиперплазия предстательной железы (ДГПЖ) — одно из самых распространенных урологических заболеваний мужчин старшего возраста. Какие подходы к лечению ДГПЖ считаются наиболее эффективными сегодня и почему пациенту необходима длительная терапия, рассказывает профессор Павел Ильич Раснер, главный врач Университетской клиники Научно-образовательного института клинической медицины имени Н.А. Семашко ГОУ ВПО «МГМСУ им. А.И. Евдокимова».



Павел Ильич
РАСНЕР

— Поскольку ДГПЖ развивается постепенно, многие пациенты на начальной стадии заболевания не спешат обращаться к врачу. Почему важно начать лечение как можно раньше?

— Действительно, на первых этапах заболевания симптомы могут быть слабо выражены и пациенты нередко игнорируют их, списывая на возрастные изменения. ДГПЖ развивается постепенно. Прогрессия порой растягивается на годы, поэтому пациенты не так остро ощущают изменения своего состояния, обращаясь к врачу уже на запущенной стадии болезни. К сожалению, надежда на то, что «все само как-нибудь пройдет», себя не оправдывает, особенно в отдаленной перспективе.

Чтобы число запущенных случаев заболевания сократилось, необходимо ежегодное обследование у уролога мужчин начиная с 45–50 лет. Это важно не только для пациентов, уже имеющих признаки заболевания, но и для мужчин, у которых этот первый визит станет профилактическим. Можно будет в перспективе отследить динамику показателей, зафиксировав первые признаки заболевания на самой ранней стадии, когда активного лечения еще не требуется, а достаточно динамического наблюдения с элементами поведенческой терапии.

Раннее начало лечения позволяет облегчить симптомы расстройства мочеиспускания, предотвратить их прогрессирование, контролировать увеличение предстательной железы, предупредить развитие осложнений. Современные препараты и нефармакологические методы лечения помогают стабилизировать состояние пациента и поддерживать урологическое здоровье на протяжении долгих лет.

— В программе диспансеризации россиян на 2025 год указано, что осмотру у уролога или хирурга подлежат только те из мужчин 45, 50, 55, 60 и 64 лет, у ко-

торых уровень простат-специфического антигена (ПСА) в крови превышает 4 нг/мл, или пациенты с симптомами нижних мочевых путей (СНМП). Но для раннего скрининга на ДГПЖ мужчин 45+ все же необходимо именно обследование, а не один только анализ?

— Это верно. Ведь мы сейчас обсуждаем не только проблемы онкопоиска. В рамках ежегодного обследования особенно важны результаты урофлоуметрии, ультразвукового исследования (УЗИ) простаты и мочевого пузыря, обязательно с определением остаточного объема мочи. Повторю: нередко начальный рост опухоли простаты не проявляется ни СНМП, ни повышением уровня ПСА, а УЗИ при этом помогает обнаружить рост аденомы еще на начальном бессимптомном этапе.

на ДГПЖ заполнить опросники IPSS и QoL. Ведь они указаны в клинических рекомендациях (КР).

— Как правильно выбрать тактику лечения ДГПЖ?

— Степеней свободы у нас тут немного. Есть четко сформулированные и отточенные клиническим опытом многих десятилетий показания и противопоказания к тому или иному виду лечения. Максимально четко они сформулированы в отношении показаний к операции. Не перестаю удивляться пациентам, которые просят выполнить им хирургическое вмешательство без достаточных на то оснований, как бы «профилактически». «Прооперируйте меня сейчас, зачем ждать», — говорят они. — Через 20 лет все равно придется оперироваться. Так давай-

СНМП легкой степени у пациентов, которые не обеспокоены своими симптомами и которым не требуется профилактика прогрессирования заболевания. Если же СНМП беспокоят пациента, надо постараться их купировать. ПТ может стать оптимальным решением, благодаря которому на начальной стадии болезни мы нивелируем проблемы без риска развития осложнений и побочных эффектов.

— Павел Ильич, а вы сами верите в ПТ?

— Прежде всего я верю в клинические рекомендации (КР). Так вот, в этом документе ПТ рекомендована всем пациентам с ДГПЖ и дизурическими расстройствами, которым планируется любое нехирургическое лечение СНМП. Уровень убедительности и достоверности доказательств здесь В2. Это достаточно надежный уровень. ПТ может выполняться только до появления СНМП средней степени тяжести, но в моей практике были больные, которые держались на таком лечении до 5 лет и более. В арсенале ПТ есть множество методик, начиная от простого сокращения объема выпиваемой жидкости перед сном и заканчивая психологическими и дыхательными практиками, тренировками мочевого пузыря, мышц промежности и так далее.

— Какие перспективы в улучшении качества жизни и предотвращении осложнений открывает длительная терапия аденомы простаты?

— ДГПЖ — хроническое заболевание, поэтому терапия должна быть длительной и направленной:

- на обеспечение хорошего качества жизни пациента, избавление от проблем, которые привели его к врачу;
- продление срока, в течение которого больному не потребуются операция (а у части пациентов можно даже предотвратить ее выполнение);
- снижение риска задержки мочи;
- уменьшение объема предстательной железы, если ее размеры прогрессивно увеличиваются и достигли значительной величины.

Подчеркну, что разовый прием препарата или кратковременное курсовое лечение не смогут стойко улучшить состояние больного. ДГПЖ требует постоянного контроля, а терапия должна подбираться индивидуально, в зависимости от стадии заболевания и особенностей клинической картины.

— Какие группы препаратов используют в терапии ДГПЖ?

— Чаще всего назначаются альфа-адреноблокаторы (α-АБ), являющиеся золотым стандартом лечения ДГПЖ, а также ингибиторы 5-альфа-редуктазы, ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа, агони-

В терапии ДГПЖ в России большую роль играют биологические препараты, полученные на основе градуальной технологии и представляющие собой новый отдельный класс лекарственных средств в урологии

— Минимальный перечень обследований пациента с подозрением на ДГПЖ наши читатели хорошо знают. Здесь на первом стоят опросники IPSS и QoL относительно дизурических симптомов и качества жизни. И только потом пальцевое обследование, анализ мочи и крови на мочевины и креатинин, УЗИ, урофлоуметрия и ПСА. Если опросники первые в списке, значит, они дают самую важную информацию?

— Это так, хотя информативность стандартных опросников не всегда высока. Анкеты IPSS и QoL, да и любые другие, дают достаточно субъективную информацию, зависящую в том числе от того, насколько человек разобрался в алгоритме ответов на содержащиеся в них вопросы. Почти все использующиеся сегодня опросники пришли к нам с Запада. Жителей западных стран еще в школе привлекают к заполнению всевозможных тестов, в то время как в нашей стране старшее поколение к такой форме сбора информации не очень привычно. Нашим молодым соотечественникам, уверенно сдающим ЕГЭ, в перспективе будет проще общаться с урологом на языке опросников, но до этого момента они еще должны повзрослеть. При постановке диагноза ДГПЖ следует ориентироваться не только на субъективные, но и на объективные данные, полученные по результатам лабораторных и инструментальных анализов. Разумеется, уролог обязан предложить каждому пациенту с подозрением

те сделаем это немедленно». Приходится объяснять, что любое хирургическое вмешательство имеет определенные противопоказания и ограничения, что существуют, пусть и невысокие в данном случае, риски развития осложнений и побочных эффектов. Как любят повторять за Николаем Ивановичем Пироговым хирурги, «лучшая операция — это та, которой удалось избежать». Я ни в коем случае не противник хирургических методов лечения и сам каждый день оперирую, но следует очень ответственно относиться к определению показаний к хирургии расстройств мочеиспускания.

Если показаний к операции нет, начинать нужно с поведенческой терапии (ПТ), а при ее неэффективности переходить к медикаментозной. Если же и она исчерпает свои возможности, остается только операция.

— Но ведь любая терапия ДГПЖ должна замедлять прогрессирование аденомы, ее рост?

— Неверно думать, что у всех пациентов ДГПЖ быстро усугубляется. В нескольких исследованиях длительно изучалось естественное развитие ДГПЖ без всякого лечения. Было выявлено немало случаев, когда заболевание годами протекало стабильно с минимальными симптомами, а то и без них. В таких ситуациях показано динамическое наблюдение. Оно рекомендуется при наличии неосложненных

XIX всероссийская НПК «Рациональная фармакотерапия в урологии»

Научно-практическая конференция под таким названием прошла в столичном Центральном доме ученых РАН 30–31 января 2025 года. На мероприятии обсуждались традиционные и инновационные подходы к лечению заболеваний, в частности варианты фармакотерапии ДГПЖ и других урологических заболеваний.

В рамках конференции было представлено 30 докладов с акцентом на инновациях в области урологической фармакотерапии, в том числе на вопросах оптимизации лечения и повышения эффективности медикаментозной терапии ДГПЖ и СНМП, преодоления резистентности к антибиотикам, антибактериальной профилактики рецидивов цистита, бессимптомной бактериурии, а также на методах лечения острого бактериального и рецидивирующего цистита.

Программа конференции включала пленарные и секционные заседания, панельные дискуссии и научные сессии, во время которых участники представляли собственные исследования и обсуждали современные достижения в области фармакотерапии. Эксперты вели дискуссии на темы, касающиеся применения уже известных и новых препаратов, проблем, возникающих в процессе диагностики и лечения заболеваний, а также обсуждали значимость междисциплинарного подхода в урологии.

Конференцию открыли ведущие специалисты отечественной медицины. В приветственном слове член-корреспондент РАН Олег Иванович Аполихин, директор НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина, подчеркнул, что представленные доклады — результат большой

работы, ведущейся в течение года. Профессор Магомед Алхазурович Газимиев, директор Научно-технологического парка биомедицины, заместитель директора Института урологии и репродуктивного здоровья человека Сеченовского университета, исполнительный директор РОУ, отметил, что за 19 лет конференция стала востребованным урологами событием: «Фармакотерапия — стратегически важная тема в любой специальности, особенно в нашей». Профессор Тамара Сергеевна Перепанова, руководитель группы инфекционно-воспалительных заболеваний и клинической фармакологии НИИ урологии и интервенционной радиологии им. Н.А. Лопаткина, напомнила, что нет болезней, затрагивающих один орган, поэтому врачам важно уметь работать в команде и совершенствовать знания: «Мы постоянно обновляем клинические рекомендации по антимикробной терапии мочевой инфекции, поскольку возбудители быстро приобретают резистентность. Наука развивается и вносит свои коррективы в рекомендации».

Итальянский профессор, член правления европейской секции по мочевой инфекции Томмазо Кай выступил с докладом «Исследования последних лет по иммунотерапии и профилактике рецидивирующего цистита» и дал рекомендации, на что обратить внимание при выборе препарата.

сты бета-адренорецепторов и некоторые другие. Этот мировой стандарт терапии отражен в национальных рекомендациях разных стран мира, европейских и многих других КР. Кроме вышеперечисленных российских КР содержат и другие возможные терапевтические опции. В 2023 году приказом Минздрава России было утверждено XV издание Государственной фармакопеи РФ. В нем сформирован совершенно новый раздел — «Биологические препараты (БП), полученные на основе градуальной технологии». К данной группе принадлежит отечественный таблетированный препарат Афалаза® (компания MATERIA MEDICA) для лечения ДГПЖ, нашедший свое отражение в российских КР.

— **Афалаза® — инновационный препарат?**

— Да, препарат Афалаза® можно назвать инновационным. Это препарат XXI века, он был зарегистрирован в России относительно недавно — в 2010 году. К сожалению, новые урологические лекарства появляются очень редко, а новой фармакологической группы за последние 30 лет не появилось ни одной! Скажем, те же α-АБ были известны уже в 1971 году. Формулярный урологический перечень мало изменился с конца XX века, поэтому вывод на фармрынок каждого нового медикамента является важным событием.

— **На фоне такого застоя появление в арсенале урологов биологического препарата Афалаза®, видимо, стало отличной новостью?**

— Конечно, и мне особенно приятно видеть, как сегодня полученный на основе градуальной технологии (ГТ) препарат Афалаза® уверенно завоевывает свое место в урологической практике. По результатам отечественных клинических испытаний Афалаза® признана экспертами в области урологии и с 2021 года включена в наши КР. К ближайшему конгрессу Российского общества урологов (РОУ) готовлю доклад, посвященный сравнению европейских и отечественных КР. Немногочисленные различия между этими документами касаются в том числе препарата Афалаза®.

— **А может ли Афалаза® попасть в европейские рекомендации по ДГПЖ?**

— Постепенно все больше зарубежных коллег узнают об этом препарате. Отечественные исследователи регулярно представляют на международных конгрессах и конференциях данные об опыте его применения. Популяризация нового препарата — не быстрый процесс, но я надеюсь, что у препарата Афалаза® найдется немало сторонников в разных странах.

— **Как работает Афалаза®?**

— Препарат состоит из двух действующих субстанций. Они те же, что и в составе препаратов Афала® и Импаза® компании MATERIA MEDICA. Компоненты препарата Афала® — технологически обработанные антитела к ПСА, а препарата Импаза® — технологически обработанные антитела к эндотелиальной NO синтазе. Первый препарат показан при ДГПЖ, дизурических расстройствах и простатите, второй — при эректильной дисфункции. Со временем исследователи пришли к мнению, что эти расстройства часто сопутствуют друг другу у пациентов среднего и особенно старшего возраста, поэтому создание комплексного препарата стало логичным шагом.

Клинически доказано, что технологически обработанные антитела к ПСА модифицируют функциональную актив-

ность эндогенного ПСА, измененную при ДГПЖ, что сопровождается усилением регуляторного влияния данного белка на функциональные и метаболические процессы в ткани простаты. Этот компонент препарата Афалаза® обеспечивает выраженное противовоспалительное и противоотечное действие на уровне предстательной железы. При этом уровень ПСА в плазме крови остается неизменным, что не приводит к затруднениям в проведении ранней диагностики злокачественных заболеваний простаты.

Технологически обработанные антитела к эндотелиальной NO синтазе оказывают протективное действие по отношению к эндотелию, усиливая кровоток в сосудах полового члена и предстательной железы, улучшая ее трофику и функцию. В результате, как это продемонстрировал ряд клинических исследований, при 12-месячном лечении пациентов с ДГПЖ препаратом Афалаза® уменьшается объем простаты, улучшаются показатели уродинамики и качество жизни, снижается выраженность дизурических расстройств.

— **В чем основные отличия эффектов препарата Афалаза® от других медикаментов?**

— В случае ДГПЖ Афалаза® имеет иную точку приложения. Механизм ее действия заключается в нормализации нарушенных регуляторных и биохимических процессов в пораженной простате. Ключевым звеном является именно нормализация естественных процессов, а не симптоматический эффект. Афалаза® имеет благоприятный профиль безопасности и не вызывает серьезных побочных эффектов, свойственных другим урологическим препаратам (снижение либидо, нарушения эякуляции, когнитивные расстройства, депрессия).

— **Есть мнение, что препараты для лечения ДГПЖ могут негативно влиять на эректильную функцию (ЭФ). Но ведь к препарату Афалаза® это не относится, тем более что в его состав входит тот же компонент, что содержится в препарате Импаза®, улучшающий ЭФ?**

— Действительно, такие препараты, как, например, ингибиторы 5-альфа-редуктазы, могут ухудшать ЭФ, а отдельные α-АБ негативно влияют на эякуляцию. Афалаза®, наоборот, оказывает положительное влияние на половую функцию, что повышает комплаенс. У принимавших препарат в исследованиях наблюдалось улучшение не только по шкале IPSS, но и по МИЭФ-5 (Международный индекс ЭФ).

— **После прекращения приема α-АБ и других препаратов для лечения ДГПЖ их эффекты быстро гаснут, а симптоматика возвращается. Что же после терапии препаратом Афалаза®?**

— Исследования подтвердили, что клинические эффекты препарата Афалаза® сохраняются после прекращения приема в течение 6–12 месяцев для разных больных при условии длительного лечения. Оптимальный курс терапии — год, ежедневно по 2 таблетки 2 раза в день. Таблетки нужно не глотать, а держать во рту до полного растворения, что происходит достаточно быстро. Случаев несовместимости препарата Афалаза® с другими лекарственными средствами не отмечено. Препарат безопасен для длительного применения и, главное, обеспечивает стойкий эффект. 🙋

Александр Рылов, к.м.н.



- Афалаза® достоверно уменьшает объем предстательной железы¹
- Снижает риск прогрессии ДГПЖ¹
- Отодвигает сроки назначения α-АБ¹
- Стабилизирует потенцию²

1. Pushkar D, et al. Cent European J Urol. 2018; 71: 427–435. doi: 10.5173/cej.2018.1803
2. Куприянов Ю.А. с соавт. Опыт применения препарата Афалаза для лечения симптомов нижних мочевых путей у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы без предшествовавшей терапии. Урология.2019(3) С.36–42
Реклама. ООО «НПФ «МАТЕРИА МЕДИКА ХОЛДИНГ», 127473, г. Москва, 3-й Самотечный пер., д. 9, +7 [495] 684-43-33
ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ЛИСТКОМ-ВКЛАДЫШЕМ

УРОЛОГИЯ И ОНКОУРОЛОГИЯ:

МАЙ — ДЕКАБРЬ 2025



МАЙ				
✓1–2 четверг, пятница	📍Рим, Италия	📄Международная конференция по урологии в онлайн-формате	📍Международный	🔗 https://waset.org/urology-conference-in-may-2025-in-rome
✓8–9 четверг, пятница	📍Париж, Франция	📄XIX международная конференция по урологии	📍Международный	🔗 https://waset.org/urology-conference-in-may-2025-in-paris
✓15–16 четверг, пятница	📍Кемерово, Россия	📄XIII конгресс урологов Сибири, очно с онлайн-трансляцией	📍Региональный	🔗 https://urosibcongress.ru/
✓16 пятница	📍Москва, Россия	📄Мастер-класс РООУ «Онкоурология. Мастерство в клинике и на конгрессе», очно и онлайн	📍Межрегиональный	🔗 https://roou.ru/blog/events/master-klass-230525/
✓16–17 пятница, суббота	📍Москва, Россия	📄XX Московская урологическая школа, только очный формат	📍Региональный	🔗 https://urostandart.moscow/
✓16–17 пятница, суббота	📍Фигейра-да-Фош, Португалия	📄I Португальский конгресс онкологической урологии	📍Международный	🔗 https://10times.com/e14d-xzhd-3kz2-1
✓23 пятница	📍Лондон, Великобритания	📄Международная конференция по урологии	📍Международный	🔗 https://waset.org/urology-conference-in-may-2025-in-london
✓23 пятница	📍Пенза, Россия	📄VIII межрегиональная НПК «Урологические встречи на Суре», очный формат	📍Межрегиональный	🔗 https://oorou.ru/info/events/viii-mezhregionalnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-urologicheskie-vstrechi-na-sure/
✓23–24 пятница, суббота	📍Санкт-Петербург, Россия	📄Региональный форум РОУ «Научные аспекты урологической практики», очный формат	📍Региональный	🔗 https://forum.congress-rou.ru/
ИЮНЬ				
✓4 среда	📍Владивосток, Россия	📄Форум РОУ «Научные аспекты урологической практики», очный формат	📍Федеральный	🔗 https://forum.congress-rou.ru/vladivostok
✓11 среда	📍Новосибирск, Россия	📄Конференция РООУ в Сибирском федеральном округе, очно и онлайн	📍Федеральный	🔗 https://roou.ru/blog/events/onkourolog-110625-novosibirsk/
✓11 среда	📍Санкт-Петербург, Россия	📄НПК с международным участием «Дистанционная литотрипсия: взгляд в будущее»	📍Международный	🔗 https://www.uroweb.ru/event/nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-s-megdunarodnim-uchastiem-distsionnaya-litotripsiya-vzglyad-v-budushchee
✓12–13 четверг, пятница	📍Монреаль, Канада	📄XIX международная конференция по урологии и нефрологии	📍Международный	🔗 https://waset.org/urology-and-nephrology-conference-in-june-2025-in-montreal
✓26–27 четверг, пятница	📍Архангельск, Россия	📄НПК «Uroweekend. Vol VII: Интеллект и интеграция в урологии»	📍Региональный	🔗 https://www.uroweb.ru/event/nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-uroweekend-volvii-intellekti-integratsiya-v-urologii
ИЮЛЬ				
✓3–4 четверг, пятница	📍Иркутск, Россия	📄Межрегиональная научно-практическая конференция «Этюды урологии на Байкале»	📍Межрегиональный	🔗 https://www.uroweb.ru/event/megregionalnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-etyudi-urologii-na-baykale
✓11 пятница	📍Владивосток, Россия	📄Школа РООУ «Современные подходы к лечению онкологических заболеваний», очный формат	📍Региональный	🔗 https://roou.ru/blog/events/oncourology-1107-vladivostok/
✓12–13 суббота, воскресенье	📍Нью-Йорк, США	📄Международная конференция по урологии	📍Международный	🔗 https://conferenceindex.org/event/international-conference-on-urology-icu-2025-july-new-york-us

За обновлением
электронной версии
календаря урологических событий
следите здесь



АВГУСТ

✓29 пятница	📍 Самара, Россия	📅 Конференция РООУ в Приволжском федеральном округе, очный формат с онлайн-трансляцией	📍 Федеральный	🔗 https://roou.ru/blog/events/onkourolog-290825-samara/
----------------	---------------------	--	---------------	---

СЕНТЯБРЬ

✓9–10 вторник, среда	📍 Мельбурн, Австралия	📅 Международная конференция по урологии и нефрологии	📍 Международный	🔗 https://waset.org/urology-and-nephrology-conference-in-september-2025-in-melbourne?utm_source=conferenceindex&utm_medium=referral&utm_campaign=listing
✓11–14 четверг – воскресенье	📍 Казань, Россия	📅 Юбилейный XXV конгресс РОУ, очно и онлайн	📍 Федеральный	🔗 https://congress-rou.ru/rou2025
✓25–26 четверг, пятница	📍 Владивосток, Россия	📅 XXI межрегиональная НПК урологов Дальнего Востока	📍 Межрегиональный	🔗 https://www.uroweb.ru/event/xxi-megregionalnaya-nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-urologov-dalnego-vostoka

ОКТЯБРЬ

✓9–10 четверг, пятница	📍 Москва, Россия	📅 XX юбилейный международный конгресс РООУ, очный формат	📍 Международный	🔗 https://roou.ru/blog/events/xx-congress/
✓10–11 пятница, суббота	📍 Новосибирск, Россия	📅 Форум РОУ «Научные аспекты урологической практики», очный формат	📍 Федеральный	🔗 https://forum.congress-rou.ru/novosibirsk
✓17–18 пятница, суббота	📍 Сочи, Россия	📅 III всероссийская экспертная НПК «Урология без границ»	📍 Федеральный	🔗 https://oorou.ru/info/events/vserossiyskaya-ekspertnaya-urologicheskaya-konferentsiya-urologiya-bez-granits/

НОЯБРЬ

✓1 суббота	📍 Екатеринбург, Россия	📅 Региональная школа РООУ «Современные подходы к лечению онкологических заболеваний»	📍 Региональный	🔗 https://roou.ru/blog/events/oncourology-0111-ekaterinburg/
✓14 пятница	📍 Воронеж, Россия	📅 Форум РОУ «Научные аспекты урологической практики», очный формат	📍 Федеральный	🔗 https://forum.congress-rou.ru/voronezh
✓14 пятница	📍 Москва, Россия	📅 Всемирная акция повышенного внимания к РПЖ и мужскому здоровью Movember под эгидой РООУ, очный формат с онлайн-трансляцией	📍 Международный	🔗 https://roou.ru/blog/events/movember-141125/

ДЕКАБРЬ

✓20 суббота	📍 Иркутск, Россия	📅 НПК «Актуальные вопросы урологии»	📍 Региональный	🔗 https://oorou.ru/info/events/nauchno-prakticheskaya-konferentsiya-aktualnye-voprosy-urologii_6/
----------------	----------------------	-------------------------------------	----------------	---

Мужское бесплодие как глобальный вызов

Мужское бесплодие остается одной из наиболее актуальных проблем в области репродуктивного здоровья, затрагивая значительную часть пар по всему миру. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), примерно каждый шестой человек сталкивается с проблемами бесплодия, причем в половине случаев причина — нарушения репродуктивной функции у мужчин.



Дмитрий
Юрьевич
ПУШКАРЬ

Д.м.н., профессор, академик РАН, главный уролог Минздрава России и Департамента здравоохранения Москвы, руководитель Московского урологического центра, зав. кафедрой урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, Москва



Александр
Олегович
ВАСИЛЬЕВ

К.м.н., сотрудник онкоурологического отделения № 80 ГБУЗ «ГКБ имени С.П. Боткина» Департамента здравоохранения Москвы

Несмотря на достижения современной медицины, в последние десятилетия отмечается устойчивая тенденция к снижению качества спермы мужчин во всех регионах мира. В современных реалиях проблема мужского бесплодия приобрела особую актуальность, что связано с ростом числа представителей сильного пола с нарушениями репродуктивной функции.

Универсальная угроза

Согласно докладу ВОЗ (2023), бесплодие представляет собой глобальную проблему, затрагивающую примерно каждого шестого человека в мире. Распространенность этого состояния — 17,5 % среди взрослого населения. Это говорит об универсальности проблемы и свидетельствует о том, что бесплодие — не вопрос географии или экономического статуса, а универсальная угроза репродуктивному здоровью. Бесплодие признано заболеванием репродуктивной системы, которое вызывает не только медицинские, но и глубокие психосоциальные и экономические последствия: стресс, стигматизацию, ухудшение психического здоровья, финансовые трудности. Во многих странах доступ к методам диагностики и лечения, включая вспомогательные репродуктивные технологии (например, экстракорпоральное оплодотворение — ЭКО), остается ограниченным по экономическим причинам. В отсутствие государственного финансирования пациенты часто вынуждены оплачивать лечение самостоятельно, что в ряде случаев ведет к катастрофическим расходам и углублению социального неравенства.

Генеральный директор ВОЗ Тедрос Аданом Гебрейесус отметил: «Бесплодие

никого не дискриминирует и затрагивает все категории населения. Это серьезный вызов, который необходимо признать и поставить в центр внимания в научной и политической повестке дня».

В контексте общей репродуктивной проблематики особого внимания заслуживает мужское бесплодие, доля которого в структуре нарушений супружеской фертильности составляет, по разным данным, от 40 до 50 %. То есть почти каждый второй случай невозможности зачатия связан с нарушением мужской фертильности. Это показывает, что мужское бесплодие не является частным или редким явлением, а представляет собой неотъемлемую часть глобальной проблемы общественного здравоохранения.

Накоплены убедительные данные о повсеместном снижении показателей мужской фертильности. Прежде всего речь идет об уменьшении концентрации сперматозоидов и их общего количества. Согласно крупнейшему на сегодня метаанализу, опубликованному в *Human Reproduction Update* (2023), который охватывает данные за 1973–2018 гг., средняя концентрация сперматозоидов у мужчин, не отобранных по признаку фертильности, снизилась более чем на 50 %, при этом темпы снижения ускоряются. Эти негативные тенденции фиксируются не только в государствах с высоким уровнем дохода (Северная Америка, Европа, Австралия), но и в странах Южной и Центральной Америки, Азии и Африки, что свидетельствует о глобальном и, вероятно, многофакторном характере происходящих изменений.

Кроме того, специалисты отмечают, что в последние десятилетия наблюдается рост частоты заболеваний и состояний, ассоциированных с нарушением мужской репродуктивной функции, таких как гипогонадизм, крипторхизм, рак яичка и др. Эти наблюдения легли в основу концепции синдрома тестикулярной дисгенезии, предполагающего наличие общей патофизиологической основы большинства современных нарушений мужской репродуктивной сферы. Исследования все чаще свидетельствуют о комплексном влиянии окружающей среды, образа жизни, хронического стресса, ожирения, воздействия эндокринных дизрапторов (продуктов экзогенного происхождения со свойствами женских половых гормонов или антиандроенов) и других неблагоприятных факторов, что требует мультидисциплинарного подхода как к диагностике, так и к профилактике мужского бесплодия.

В условиях демографических вызовов и старения населения устойчивое снижение фертильности у мужчин становится не только клинической, но и социальной проблемой, способной повлиять на будущее поколений и устойчивое развитие общества. Все более актуальным становится поиск этиопатогенетических механизмов и факторов риска мужского бесплодия, а также разработка современных подходов к ранней диагностике и персонализированному лечению.

Окислительный стресс

Одним из ключевых факторов, способствующих ухудшению мужского репродуктивного здоровья, служит окислительный стресс (ОС), возникающий при нарушении баланса между выработкой активных форм кислорода — АФК (свободных радикалов) — и активностью антиоксидантной системы организма. В нормальных физиологических условиях АФК необходимы для регуляции ряда клеточных процессов, включая капацитацию и акросомную реакцию сперматозоидов. Однако при избытке АФК становятся патологическими агентами, вызывающими повреждение липидов мембран, белков и ДНК сперматозоидов.

Современные исследования показывают, что ОС играет ключевую роль в патогенезе множества заболеваний, включая мужское бесплодие. Повышенные уровни АФК в эякуляте ассоциированы с фрагментацией ДНК сперматозоидов, снижением их подвижности, жизнеспособности и оплодотворяющей способности. В ряде клинических исследований установлено, что мужчины с высоким уровнем ОС значительно чаще демонстрируют отклонения спермограммы и пониженную фертильность.

Особенно выраженное влияние ОС наблюдается при хронических воспалительных заболеваниях мочеполовой системы, таких как хронический простатит. Подобные состояния сопровождаются активацией иммунной системы, высвобождением провоспалительных цитокинов и усилением продукции АФК, что способствует формированию локального и системного ОС и дальнейшему угнетению сперматогенеза.

Таким образом, ОС следует рассматривать не только как биомаркер, но и как активный патогенетический механизм нарушений мужской фертильности. Контроль его уровня и терапевтическая коррекция становятся важными направлениями в рамках персонализированного подхода к лечению мужского бесплодия. Это подчеркивает значимость разработки и внедрения научно обоснованных методов диагностики ОС (в том числе оценки окислительно-восстановительного потенциала эякулята) и эффективных антиоксидантных стратегий, особенно у мужчин с хроническими воспалительными заболеваниями и высоким риском репродуктивных нарушений.

Простатит и фертильность

Среди факторов, усугубляющих репродуктивные нарушения у мужчин, одно из лидирующих мест занимает хронический простатит (ХП). Это широко распространенное заболевание нередко встречается у пациентов репродуктивного возраста и способно оказывать многоуровневое негативное влияние на сперматогенез и фертильность.

В патогенезе ХП ключевую роль играют воспалительные изменения, нарушение микроциркуляции, венозный застой,

а также изменение биохимического состава секрета простаты, который в норме имеет важнейшее значение в поддержании качества эякулята. Изменения состава простатического секрета нарушают pH-баланс, вязкость, ферментативную активность и антиоксидантный потенциал семенной жидкости, создавая неблагоприятные условия для выживания и функционирования сперматозоидов.

Многочисленные исследования продемонстрировали, что у пациентов с ХП статистически значимо снижаются концентрация и подвижность сперматозоидов, ухудшается их морфология, а также повышается уровень фрагментации ДНК, что уменьшает вероятность успешного оплодотворения. ХП не только ухудшает качество жизни пациентов, но и может представлять важный патогенетический компонент в структуре мужского бесплодия. Это требует от клиницистов внимания к вопросам ранней диагностики воспалительных заболеваний предстательной железы, комплексной оценки фертильного статуса и разработки персонализированных лечебно-профилактических подходов.

Лечение и коррекция

В терапии ХП особое значение имеет патогенетический подход, направленный на устранение воспалительного процесса, восстановление микроциркуляции в предстательной железе и снижение уровня окислительного стресса. Одним из широко применяемых в клинической практике препаратов является Витапрост®, обладающий противовоспалительным и простатотропным действием, способствующий улучшению микроциркуляции, снижению боли и дискомфорта в предстательной железе.

По данным ряда исследований, Витапрост® способствует улучшению параметров спермограммы у мужчин с ХП. Так, в работе А.И. Неймарка и соавт. (2014) было показано, что препарат нормализует параметры предстательной железы и эякулята, а также улучшает копулятивную функцию. Особенно выраженные положительные изменения были зафиксированы при использовании двухэтапной схемы терапии: сначала суппозитории, затем таблетки. У пациентов отмечалось увеличение концентрации, подвижности и жизнеспособности сперматозоидов, снижение доли патологических форм, а также общее улучшение репродуктивной функции.

Примечательно, что по ходу исследования прогрессивно возрастало число пациентов, отмечавших удовлетворительный результат лечения, и не было ни одного случая неудовлетворенности результатами терапии к пятому визиту. Это свидетельствует о стабильности и прогнозируемости клинического эффекта препарата Витапрост® в условиях хронического воспалительного процесса. Данные 12-летнего исследования, опубликованного В.Н. Ткачуком и соавт. (2016), подтвердили, что Витапрост® нормализует вязкость эякулята, улучшает его характеристики, а также положительно влияет на качество жизни пациентов с ХП.

В клинической практике Витапрост® применяется как в форме суппозитория, так и в форме таблеток, что обеспечивает вариативность терапии. Согласно инструкции, минимальный курс составляет 10 дней для каждой формы. Также препарат рекомендован в профилактическом режиме для предупреждения обострений ХП — по одной таблетке дважды в день в течение 30 дней 1–2 раза в год. Витапрост® представляет собой действенный и клинически обоснованный выбор при лечении пациентов с ХП, особенно

в сочетании с нарушениями сперматогенеза. Его применение позволяет не только устранить воспаление, но и восстановить фертильность у мужчин, включая нормализацию микросреды простаты, улучшение состава эякулята и снижение ОС.

Важным этапом комплексного подхода к восстановлению мужской фертильности после купирования воспалительного процесса в предстательной железе с помощью препарата Витапрост® является применение антиоксидантных комплексов, направленное на коррекцию последствий ОС. В этом контексте хорошо зарекомендовал себя многокомпонентный антиоксидантный комплекс Андродоз®, который может применяться на втором этапе после основного курса терапии ХП и способствует улучшению качества эякулята. Компоненты комплекса проявляют синергизм действия.

По имеющимся клиническим данным, применение комплекса Андродоз® позволяет снизить уровень ОС в эякуляте в 2–5 раз, уменьшить фрагментацию ДНК сперматозоидов на ⅓, нормализовать уровень цинка в семенной плазме почти в 4 раза, а также снизить вязкость эякулята и улучшить общее качество спермограммы.

Комплекс может применяться у мужчин с трудностями в зачатии, а также у тех, кто готовится к естественному зачатию или программам вспомогательных репродуктивных технологий. Важно отметить, что Андродоз® не противопоказан мужчинам с нарушениями углеводного обмена, что делает его применимым в широкой клинической практике, в том числе у мужчин с метаболическим синдромом и начальной стадией сахарного диабета.

Здоровый образ жизни — неотъемлемая составляющая комплексной стратегии восстановления фертильности. Регулярная физическая активность, отказ от курения,

умеренность в употреблении алкоголя, рациональное питание с достаточным содержанием антиоксидантов и микроэлементов — все это производит доказанное положительное влияние на параметры сперматогенеза. Регулярные урологические осмотры позволяют своевременно выявить отклонения и начать коррекцию.

Мужское бесплодие — многогранная и сложная проблема, требующая комплексного подхода к диагностике и лечению. Нарушения сперматогенеза, вызванные ХП, а также факторами, связанными с образом жизни и экологией, требуют активного вмешательства. В современных условиях использование таких средств, как Витапрост® и Андродоз®, позволяет значительно улучшить репродуктивный потенциал мужчины и повысить шансы на успешное зачатие. Эти меры, а также профилактика и ранняя диагностика, играют ключевую роль в улучшении репродуктивного здоровья мужчин и решении проблемы бесплодия. Дальнейшие исследования в данной области будут направлены на уточнение механизмов действия препаратов, выявление новых терапевтических мишеней и совершенствование методов профилактики. 📄

Список литературы находится в редакции

Информация для медицинских
и фармацевтических работников,
POS-20270421-0758
(АО «Нижфарм»,
603105, РФ, Нижний Новгород,
ул. Салганская, 7)



АНДРОДОЗ® – БАД. – ЕЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

НОВОСТИ

40-й конгресс EAU

← Окончание, начало на с. 1

Новые методы терапии заболеваний предстательной железы.

4. Функциональная урология

Современные подходы к лечению недержания мочи и гиперактивного мочевого пузыря.

Нейромодуляция и биоинженерные решения.

Главными трендами, обсуждавшимися на конгрессе, были:

Цифровизация урологии: теле-медицина, AI-анализ данных, VR-тренинги для хирургов.

Фокус на пациента: снижение инвазивности, улучшение качества жизни после лечения.

Устойчивое развитие: экологичные хирургические практики и сокращение углеродного следа клиник на 40 % за счет использования многоразовых инструментов.

Assessment of Outcomes & Anatomical Changes in the Upper Urinary Tract following Flexible Ureterscopy with a Flexible and Navigable Suction Ureteral Access Sheath (FANS): Results from a Multicenter Study

Khi Yung Fong, Steffi Kar Kai Yuen, Bhaskar Kumar Soneni, Vigen Malkhasyan, Yikoon Tander, Sayendra Pansaw, Albert El Hajj, Chou-Ann Chai, Tawad Tadda, Karl Tan, Mohamed Elshahhaty, Deepak Ragoori, Mehmet Ilker Gokce, Boyke Soebhatl, Saeed Bin Hameel, Nariman Gadjivie, Ben Tunney, Olivier Traxer, Daniele Castellani, Vinnet Gashar

BACKGROUND

The flexible and navigable suction ureteral access sheath (FANS) is a novel tool for flexible ureteroscopy (FURS) for renal stones.

FANS aims to improve stone clearance rates and reduce complications associated with elevated intrarenal pressures and temperatures.

Despite well-established 30-day safety and efficacy, longer-term influence on upper urinary tract anatomy remains to be investigated.

OBJECTIVES

To assess 3-month anatomical changes due to laser lithotripsy with FANS, lesions on CT urogram and eventual need for intervention.

METHODS

16 centers worldwide, adult patients, FURS with FANS, Apr 2023 – Aug 2024

Inclusion: patients aged ≥18 years with normal renal anatomy who had FURS using FANS for single or multiple renal stones

Exclusion: children, abnormal renal anatomy, ureteral stones, incomplete data

All patients had one preoperative and one 30-day NCCT scan to assess stone features and residual fragments after the stone procedure

Residual fragment grading on 30-day NCCT

Grade A: 100% stone-free, indicating zero residual fragments (ZRF)

Grade B: Single RF ≤2.1–4 mm in maximum diameter

Grade C: Single RF ≥2.1–4 mm in maximum diameter

Grade D: single or multiple residual fragments (RF) >4mm in maximum diameter

Stone-free status category (Grade A+B): not candidates for re-intervention

3 months after stone procedure or stone removal: CT urogram in all patients

For full evaluation of urinary tract anatomy

Outcomes of interest: radiological evidence of impaired urinary drainage, new-onset hydronephrosis, PUJ or ureteral stricture/stenosis, altered pelvicalyceal anatomy

RESULTS

310 patients included in this study

Median age: 51; male: 49.7%; median BMI: 26.2 kg/m²

79% preoperative antibiotics, 71% pre-treated

Median HZ: 1100; most had stone diameter 1.1–2cm (63%); median SV 1584 mm³

Location: middle pole/mid-pole region (52%), lower pole 29%

Operative outcomes

Completed sheath size 11/13 Fr (48%); disposable scopes 58%

TFL 56%, rFHL/AG 21%, LPH 15%

No sheath change needed due to FANS malfunctions

Short-term outcomes (30-day NCCT)

Grade A: 63.5%; Grade A+B stone-free status: 95.1%

Reintervention: 13 cases – 12 FURS, 1 EDWL

Long-term outcomes (3-month CT urogram)

Only 1 patient with asymptomatic new-onset hydronephrosis due to a proximal ureteral stenosis, managed with balloon dilation and stenting

No other PUJ stricture/stenosis, complete ureteric strictures, or PCS abnormalities

CONCLUSION

Extremely low rates of 3-month adverse outcomes, high immediate SFR, and low 30-day reintervention rates further strengthen the evidence for the safety and effectiveness of FURS with FANS.

For more information, please contact:
Khi Yung FONG, House Officer, Singapore General Hospital, khifong@gmail.com / @khifongyong (Twitter)

This prospective multicenter study reiterates that FURS with FANS is a safe procedure with excellent SFR and low re-intervention rates.

3-month imaging evidence shows that use of FANS has no direct implications on anatomical complications.

When precautions at sheath insertion are duly exercised, the utilization of this technique in itself poses little harm of anatomical damage.

DISCUSSION

Differences between FANS and conventional FURS

FURS without FANS typically performed with UAS placed below PUJ

FURS + FANS performed with UAS placed across PUJ – can navigate within PCS, direct suction in PCS

Concerns of movement causing strain at PCS – may not be noted on table but subsequently manifest as stricture

FURS alone can also cause iatrogenic injury: UAS trauma, poor technique, thermal damage

Only 1 case of ureteric stricture

12/14 Fr suction UAS with TFL, not pre-treated

Difficulty in lower pole sheath manipulation

Highlight the need for adequate care & caution during sheath insertion/manipulation

Reliable follow-up with CT urogram at 3 months

Adequate time for injury to manifest radiologically

Mild acute injury with no radiological evidence and drainage of PCS and ureter

In the first FANS study, there were concerns raised regarding adverse events causing PUJ anomalies especially when FANS is used in non-pre-treated patients

More reliable than ultrasound, which is operator-dependent and may miss anatomical anomalies or early strictures that do not cause hydronephrosis

False directions

Longer-term follow-up beyond 3 months

Control arm of FURS without FANS

Recording of intrarenal pressures or peak force during sheath insertion

BASELINE/OPERATIVE CHARACTERISTICS

310 patients

Median age 51

49.7% male

Median SV 1584 mm³

79% pre-op antibiotics

71% pre-treated

Disposable scopes 58%

TFL 56%, rFHL/AG 21%

48% 11/13 Fr sheath

Exit strategy

Median op timings:

Laser – 14 min

URS – 30 min

Total – 45 min

Extraction strategy

Basketing 4.5%

No sheath changes due to malfunctions

Post-procedural Likert scale ratings favorable

RESULTS

Ureteric injury: 11 cases (3.5%)

PUJ (5), prox. ureter (3), dist. ureter (2), mid-ureter (1)

91% Traxer-Thomae Grade 1

Fever: 3.2%

Sepsis: 0%

30-day NCCT

43.8% zero residual fragments

96.1% overall stone-free status (>100% SFR, or single RF <5mm)

Reintervention: 4.2% (13 cases)

3-month CT urogram

Ureteric stenosis in 1 patient (0.3%)

Managed by dilation & stenting

30-day reintervention: 13 cases (4.2%)

Александр Берников, к.м.н.

«Урология сегодня», № 1 (80) 2025 | Владивосток | www.urotoday.ru

www.medvedomosti.media/urology/

Его пример — другим наука: урологическая карьера Алексея Георгиевича Мартова

Член-корреспондент РАН А.Г. Мартов в представлении не нуждается. Созвездие его достижений так ярко сияет на профессиональном небосклоне, что в 2021 году Всемирное урологическое общество (SIU) удостоило его награды «За выдающуюся урологическую карьеру». 30 октября прошлого года Алексей Георгиевич отпраздновал 65-летний юбилей, с которым редакция газеты поздравляет его от имени всего урологического сообщества. К счастью, сделать это еще не поздно, ведь юбиляров принято чествовать не только в день рождения, а на протяжении всего личного года.



Так природа захотела

Алексей Георгиевич продолжил семейную династию: врачами были его прабабушка, бабушка, родители, сестра — но, правда, терапевтами, хирург в их роду появился впервые. Будущий член-корреспондент РАН окончил в 1982 году Первый московский медицинский институт им. И.М. Сеченова по специальности «лечебное дело». Однако только медицинским образованием молодой врач не ограничился: в 1985 году обзавелся дипломом Московского института иностранных языков им. Мориса Тореза по специальности «английский язык». Без его знания ни доклад на международном конгрессе не сделать, ни обзор зарубежной литературы не написать, да и в перспективе невозможно было бы стать экспертом Европейской урологической ассоциации по секции новых урологических технологий (ESUT) и возглавить направление международного сотрудничества этой организации, внедряя новые зарубежные уротехнологии в практику работы российских коллег.

Профессор А.Г. Мартов — один из немногих отечественных хирургов-урологов, выполняющих показательные операции на международных урологических форумах и конгрессах. Разумеется, знание английского и тут совсем не лишнее. Алексей Георгиевич неоднократно демонстрировал свое мастерство на конгрессах Европейской урологической ассоциации, Всемирной ассоциации эндоурологов, съездах и конференциях во Франции, Германии, Австрии, Швеции, Турции и др. Он по праву считается одним из основателей эндоурологии в России.

Удивительно, но всего этого могло бы и не быть, потому что, будучи студентом, о хирургии герой нашей статьи и не думал, посещал терапевтический кружок с четвертого курса мединститута. А в середине шестого курса познакомился со знаменитым урологом — академиком Николаем Алексеевичем Лопаткиным, который убедил подающего надежды субординатора, что хирургия, а тем более урология, — лучшая специальность на свете.

«На шестом курсе, — рассказывал Алексей Георгиевич в одном из интервью, — я перешел из субординатуры по терапии в субординатуру по хирургии. Поступил

и окончил у Николая Алексеевича ординатуру на кафедре урологии и нефрологии. И, можно сказать, всю жизнь провел в Институте урологии. Был у Николая Алексеевича заместителем по клинической работе. А с 2007 года возглавляю в московской больнице № 57 имени Плетнева отделение, которое сам создал. Причем в свое время занялся той проблемой в урологии, с которой мало кто хотел иметь дело. Начал с мочекаменной болезни, а одним из способов контроля за операциями у таких пациентов был рентгенологический, вот хирурги и не хотели облучаться. Потом малоинвазивно стали оперировать онкологические поражения, началась эра лапароскопической, а затем и роботизированной урологии, был создан робот «Да Винчи»».

Дорогой свершений

Трудовую деятельность Алексей Георгиевич начал в 1979–1982 гг., еще учась в институте. Работал сначала лаборантом, а потом фельдшером отделения скорой и неотложной помощи Первой поликлиники Четвертого главного управления при Минздраве СССР. С 1982 по 1987 гг. учился в ординатуре, затем в аспирантуре на кафедре урологии и оперативной нефрологии Второго московского ордена Ленина Государственного медицинского института имени Н.И. Пирогова.

С 1987 по 2008 гг. в НИИ урологии Минздрава России был сначала младшим, а затем старшим научным сотрудником, с 1991 г. заведовал отделом эндоурологии и новых уротехнологий, а с 2006 г. стал заместителем директора института по научно-клинической работе. Трудясь в НИИ урологии, постоянно совмещал научно-педагогическую деятельность с практической клинической работой в столичной городской клинической урологической больнице (ГКУБ) № 47, оказывая лечебную и консультативную помощь москвичам. Являясь учеником академика РАМН Н.А. Лопаткина, профессор Мартов всячески поддерживает и развивает традиции его научной школы.

С 2008 г. Алексей Георгиевич заведовал отделением эндоскопической урологии в ГКУБ № 47, а с 2012 г. — вторым отделением урологии (минимально инвазивных методов

диагностики и лечения) ГКБ № 57 Москвы, сейчас ГКБ им. Д.Д. Плетнева, где руководит урологическим кластером. В 2005–2018 гг. был профессором кафедры эндоскопической урологии Российской медицинской академии последиplomного образования (РМАПО), с 2012 г. заведует кафедрой урологии и андрологии ИППО ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России (сейчас — МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России), а с 2018 г. — ведущий научный сотрудник отдела урологии и андрологии МНОЦ МГУ им. М.В. Ломоносова.

В 1987 г. защитил кандидатскую, а в 1993 г. — докторскую диссертацию. С 1995 г. имеет высшую врачебную квалификационную категорию по специальности «урология», в 2000 г. ВАК присвоено ученое звание профессора, с 2001 по 2004 г. был главным урологом Минздрава России. В 2001 г. избран членом-корреспондентом, а в 2019-м — академиком Российской академии естественных наук (РАЕН), в 2009 — академиком Медико-технической академии, в 2022 г. — членом-корреспондентом Российской академии наук (РАН). В 2005 г. Алексею Георгиевичу присвоено звание «Заслуженный врач России», в 2013 г. правительством Москвы номинирован на звание «Лучший уролог», в 2019 г. награжден Орденом почета, а в 2021 г. Всемирным урологическим обществом (SIU) — званием «За выдающуюся урологическую карьеру».

А.Г. Мартов является заместителем главного редактора журнала «Урология» и газеты «Московский уролог», членом редакционного совета «Международного журнала медицинской практики», журналов «Онкоурология» и «Диагностическая и интервенционная радиология», «Московского хирургического журнала». Алексей Георгиевич — президент Российского общества по эндоурологии и новым технологиям, член президиума и заместитель председателя Российского общества урологов, действительный член Международной и Европейской урологических ассоциаций (SIU, EAU), а также Всемирной ассоциации эндоурологов (Endourological Society), где он много лет представляет Россию, почетный член Азербайджанской, Грузинской и Кыргызской урологических ассоциаций.

Профессор Мартов по праву считается одним из ведущих специалистов страны в области разработки новых методов диагностики и лечения урологических заболеваний. К основным направлениям его научных и клинических исследований относятся:

1. Разработка и определение диагностических и лечебных возможностей новых технологий в урологии и, в частности, в эндоурологии и лапароскопии.

2. Совершенствование перкутанных и трансуретральных рентгеноэндоскопических методов диагностики и лечения заболеваний почек, верхних и нижних мочевых путей.

3. Внедрение малоинвазивных и нетравматичных оперативных пособий для лечения мочекаменной болезни, доброкачественной гиперплазии и рака предстательной железы,

рака мочевого пузыря, стриктур, свищей верхних и нижних мочевых путей, рака и кистозных заболеваний почек и др.

А.Г. Мартов ежегодно производит более 500 сложных хирургических вмешательств, большая часть которых относится к комплексным и комбинированным или выполняется после предшествующих многократных операций, ведет активную научно-педагогическую работу. С 1991 г. руководит школой обучения по эндоурологии, в которой подготовлено свыше тысячи специалистов из России и СНГ. Имеет более тысячи научных работ, 15 изобретений, 12 методических рекомендаций. Автор и соавтор 25 монографий, в том числе учебника и национального руководства по урологии, а также трех компьютерных монографических компакт-дисков по специальности. Под его руководством защищены 42 кандидатские и 5 докторских диссертаций.

Образ жизни

Подъем в пять утра, днем две-три операции, а вечером нередко театр: пациенты из мира искусств приглашают. Если вставать позже, объясняет Алексей Георгиевич, добираться до работы придется два часа, и тогда в семь утра будет невозможно приступить к хирургии. Отбой — в 23.00, если нет футбола или хоккея. Стараются утром ничего не есть: «Еду на работу сразу или через бассейн и тогда на работе появляюсь к восьми. Дома пью чай с лимоном без сахара, хотя я сладкоежка. Из дома беру приготовленный женой бутерброд с колбасой или ветчиной. На работе всегда есть зернистый творог. Покупаю и обычный, но тоже нежирный или сметану, но вот ее жирную люблю. Полноценно питаюсь один раз в день, когда приезжаю домой. Для меня это праздник. Иногда возвращаюсь в шесть вечера, иногда после десяти. Ем суп. У меня жена рукодельница: и борщ, и солянку, и гороховый, и щавелевый готовит. Иногда мясной, иногда овощной. Я любой суп люблю. А еще простоквашу. Каши мы едим по выходным, утром некогда. Стараюсь, чтобы у меня был перерыв в приеме пищи в течение 12–16 часов. Это позволяет есть все, что хочу, и не толстеть».

Прямая речь

«Урология — очень серьезная специальность и научная область, но мы все время ходим под хирургией, что неправильно, — считает Алексей Георгиевич. — Во многих местах даже закрывают кафедры урологии, делают ее курс на кафедре хирургических болезней. Так нельзя! Урология — самостоятельная и очень разнообразная дисциплина, с огромным количеством заболеваний, в том числе онкологических. Считаю, что профильные урологи должны сами оперировать соответствующих онкобольных. Рак почки, мочевого пузыря, мочеточника нельзя передавать в некую отдельную онкологическую отрасль. И это не только урологов касается, но и гинекологов, хирургов, нейрохирургов».

Список литературы находится в редакции

«Петровакс» — компания новых биофармацевтических решений

В условиях, когда отечественной медицине необходимы современные и доступные препараты, «Петровакс Фарм» уверенно держит курс на инновации. В портфеле компании — оригинальные разработки, биоаналоги, брендированные дженерики и биологически активные добавки. Препараты выпускаются на собственном высокотехнологичном производстве и экспортируются в 12 стран. К 30-летию юбилею, который компания отметит в 2026 году, «Петровакс» подходит с амбициозной стратегией развития. О ключевых направлениях работы и препаратах для урологии рассказывает Надежда Хомякова, руководитель медицинского отдела фирмы.



Надежда Федоровна
ХОМЯКОВА

— Надежда Федоровна, с чего все начиналось в 1996 году?

— Компания создана командой российских ученых во главе с профессором Аркадием Васильевичем Некрасовым — выдающимся химиком, под руководством которого еще в советское время был синтезирован уникальный класс веществ — гетероцепные алифатические полиамиды. Эти соединения имели огромный потенциал и стали основой для разработки новых эффективных лекарств. В результате были созданы два первых инновационных оригинальных препарата: иммуномодулятор комплексного действия Полиоксидоний® и адъювантная вакцина против гриппа — Гриппол®. Мы продолжаем эту научную традицию и разрабатываем препараты, востребованные как в России, так и за рубежом.

— Сегодня Полиоксидоний® широко применяется в клинической практике не только российскими врачами...

— Да, и не просто широко — его значение в клинической практике постоянно растет. В 2008 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) присвоила Полиоксидоний® международное непатентованное наименование — азоксимера бромид. Это оригинальный препарат с полиэффетом, который активно применяется в иммунологии, педиатрии, гинекологии, урологии и других областях медицины. Причем врачи все чаще находят новые возможности его использования, что неудивительно. Раскрывая глубокие механизмы патогенеза заболеваний, ученые обнаруживают в основе развития большинства из них воспалительные процессы инфекционной или неинфекционной природы, выраженность которых можно контролировать через клетки иммунной системы. И здесь иммуностропный препарат незаменим. У Полиоксидония® есть еще одно уникальное свойство — детоксикация. В отличие от сорбентов, которые работают только в желудке и кишечнике, Полиоксидоний® действует в слизистой оболочке и тканях организма, способствуя более быстрому облегчению симптомов и выздоровлению.

Препарат экспортируется в страны Евросоюза, и есть интересная статистика: например, в Словакии его применяют в 4 раза чаще (на душу населения), чем в России. В урологии он зарекомендовал себя как средство для лечения и профилактики обострений инфекционно-воспалительных заболеваний: уретрита, цистита, пиелонефрита, простатита, а также как вспомогательный препарат для снижения риска осложнений при онкоурологических заболеваниях. Теперь, когда выяснили, что кишечная палочка и другие патогены способны образовывать биопленки внутри клеток, например эпителиальных, стало очевидно, что антибиотики, не способные проникать внутрь клеток, не могут обеспечить полное элиминирование инфекционного возбудителя. Это, кстати,

нейших биофармацевтических предприятий страны со своим R&D-центром, а также одна из немногих компаний фармсектора с полным циклом производства. У нас современный высокотехнологичный производственный комплекс в Московской области, открытый в 2008 году. Здесь осуществляется синтез фармацевтических субстанций, выпуск стерильных и нестерильных иммунологических и биотехнологических препаратов в различных лекарственных формах. Мощности позволяют производить более 160 млн доз препаратов в год. Современное фармпроизводство, соответствующее международным стандартам качества GMP, передовой R&D-центр, высокие компетенции наших специалистов позволяют нам одновременно работать в двух направлениях: вести научные разработки и локализовывать передо-

иследований — это возможность осуществлять полный цикл разработки и производства лекарственных средств, включая фармсубстанции: от идеи и разработки до серийного выпуска и ввода в медицинскую практику.

— Какие еще препараты урологического профиля есть в вашем портфеле?

— Одним из наших флагманов является разработанный в собственном центре R&D препарат Лонгидаза® — оригинальное ферментное средство для комплексной терапии заболеваний, сопровождающихся гиперплазией соединительной ткани: спаечными и рубцовыми процессами, различными видами фиброза. Разрушая гиалуроновую кислоту, препарат повышает проницаемость тканей и улучшает их доступность для антибиотиков. В 2015 году ВОЗ присвоила Лонгидазе МНН — бовгиалуронидаза азоксимер. Препарат Лонгидаза® применяется в урологии при широком спектре патологий — это воспалительные заболевания предстательной железы, доброкачественная гиперплазия простаты, болезнь Пейрони, интерстициальный цистит, стриктуры уретры и мочеточников, состояния после оперативных вмешательств на уретре, мочевом пузыре и мочеточниках.

Недавно, в марте 2025 года, на ежегодном конгрессе Европейской ассоциации урологов (EAU — 2025) в Мадриде медицинскому сообществу были представлены результаты рандомизированного клинического исследования возможностей препарата в борьбе с биопленками у пациентов с хроническим простатитом. Профессор Института урологии и репродуктивного здоровья человека Первого МГМУ им. И.М. Сеченова Леонид Григорьевич Спивак рассказал, что применение препарата Лонгидаза® в комплексной терапии с антибиотиками способствует статистически значимому уменьшению числа лейкоцитов и бактериальных клеток в эякуляте, а также разрушению биопленок, о чем свидетельствует полная элиминация бактериальных колоний. Это приводит к значительному улучшению состояния больного, качества его жизни (снижаются боли, симптомы нарушения мочеиспускания), уменьшению числа рецидивов.

Сегодня Лонгидаза® — самый назначаемый в России препарат против фиброза и спаек (по данным Proxima Pharma_Rx Test Russia), он успешно применяется не только в урологии, но и в гинекологии, пульмонологии, дерматовенерологии, хирургии, косметологии и ревматологии. Его с полным основанием можно назвать универсальным средством против фиброза и воспаления. Диапазон использования препарата может расширяться, так как появляются все новые данные о роли гиалуроновой кислоты в развитии воспаления и фиброза в разных органах и системах, а также в формировании матрикса биопленок. Иногда врачи приходят к нам с предложениями о применении препарата в той или иной клинической области

«Петровакс Фарм» — один из ведущих экспортеров российских оригинальных препаратов, которые поставляются в 10 стран, в том числе ЕАЭС и ЕС. Объем экспортных поставок в 2024 году составил 2,3 млрд рублей

одна из причин рецидивов цистита. В данной ситуации контролировать инфекцию способен только иммунитет, а помочь ему могут иммуностропные препараты.

— В 2026 году «Петроваксу» исполняется 30 лет. Что представляет собой ваше производство сегодня?

— История компании начиналась с создания молекулы, а сегодня мы одно из круп-

вые лекарства и вакцины, востребованные российским здравоохранением. В нашем портфеле — 20 продуктов: собственные оригинальные препараты, биоаналоги и брендированные дженерики.

— Какие преимущества дает фармкомпания собственный R&D-центр?

— Собственный научно-исследовательский центр для проведения доклинических

10 преимуществ препарата Уронекст®:

1. Тройная защита мочевыводящих путей
2. Обновленный и улучшенный состав
3. Качественная доказательная база
4. Снижает риск рецидивов до 4 раз
5. Прямое действие на *E. coli*
6. Снижает риск резистентности к антибиотикам
7. Оптимальная комбинация трех активных компонентов в эффективных концентрациях
8. Самая изученная дозировка D-маннозы — 2000 мг
9. Всего один стик в день
10. Разрешен беременным

или ситуации, проведении исследований. Мы открыты новым идеям и, если видим перспективы, готовы поддержать научную работу и стать партнером врача-исследователя. Сегодня наша компания обладает высоким уровнем экспертизы и опыта в проведении научно-исследовательских работ и постмаркетинговых клинических исследований.

— Вы рассказываете действительно о каком-то уникальном средстве! Впрочем, сомневаться нет оснований: все подтверждено клиническими исследованиями. Но в урологической практике не обойтись без антибактериальных препаратов. Что здесь может предложить врачам «Петровакс Фарм»?

— Мы выпускаем антибиотик широкого спектра действия Рефламейд® (МНН — фосфомицин). Этот воспроизведенный препарат из нашей линейки дженериков хорошо известен врачам и давно применя-



ется урологами для борьбы с инфекциями мочевыводящих путей (ИМП). Производство дженериков — важное направление, которое мы продолжим развивать, несмотря на приоритетность собственных разработок и создания оригинальных препаратов. Ведь главная задача российской фармы — обеспечить доступность лекарств для пациентов и врачей.

— В вашем портфеле есть БАДы, среди них — уросептик растительного происхождения...

— Да, это наш Уронекст® — комплексное средство для защиты мочевыводящих путей с уникальным сочетанием D-маннозы (2000 мг), экстракта клюквы и витамина D₃. Это оптимальный состав, продемонстрировавший свою результативность в клинических исследованиях и клинической практике. В 90 % случаев причина инфекции мочевого пузыря¹ — бактерия *Escherichia coli* (кишечная палочка), способная формировать биопленки. Биопленочные колонии могут быть как внутриклеточными, так и пристеночными на поверхности уротелия. Кроме того, строение мочеполювых органов, особенно у женщин (анатомическая близость ануса и уретры), предрасполагает к проникновению кишечной палочки в мочевые пути. В результате мы получаем воспаление, с которым очень сложно бороться. Кишечная палочка пытается выжить всеми возможными способами, и, чтобы победить ее, необходимо также использовать весь доступный нам арсенал.

Вот почему важно в дополнение к антибиотикам применять средства, которые предупреждают адгезию возбудителя к слизистой оболочке стенки мочевого пузыря. Входящая в состав Уронекста® D-манноза препятствует прикреплению бактерий к стенкам слизи-

стой мочевого пузыря, блокируя адгезин фимбрий 1-го типа *E. coli*. Но одной только D-маннозы недостаточно, поскольку бактерии могут прикрепиться Р-фимбриями. И тут на помощь приходят проантоцианидины (активные молекулы) клюквы, тормозящие рост Р-фимбрий, которые обеспечивают контакт кишечной палочки со стенками мочевого пузыря. В свою очередь, витамин D₃ поддерживает естественную иммунную защиту уротелия. Кстати, оба компонента — D-манноза и экстракт клюквы — одобрены международными клиническими рекомендациями к применению в урологии. Безусловно, мы учитываем новые научные данные и мировой опыт при разработке своих продуктов, стараемся делать их максимально эффективными и безопасными.

Сотрудники «Петровакс Фарм» ответственно относятся к выводу на рынок БАДов, тщательно изучают их безопасность и эффективность. В некоторых случаях мы проводим двойные слепые плацебо-контролируемые

исследования. Так, Уронекст® был всесторонне изучен в рандомизированном исследовании под руководством главного внештатного специалиста-уролога Минздрава России, академика РАН, профессора Дмитрия Юрьевича Пушкаря.

В 2024 году международный научный журнал *EC Gynaecology*² опубликовал результаты исследования, согласно которым пациентки, принимавшие препарат Уронекст®, значительно реже сталкивались с рецидивами цистита и отмечали улучшение качества жизни по сравнению с группой контроля.

— Что вы делаете как социально ответственный бизнес?

— Реализуем различные социальные и благотворительные программы. Это и помощь врачам — бесплатно передаем медучреждениям лекарства и вакцины (например, для профилактики респираторных инфекций во время пандемии COVID-19), и шефство над детскими домами в рамках сотрудничества с фондами «Большая перемена» и «Арифметика», и акция «Программа безвозмездного донорства», организованная совместно с НМИЦ гематологии Минздрава России.

В числе важных для здравоохранения программ — поддержка проектов, направленных на раннюю диагностику и лечение редких (орфанных) заболеваний. Так, в 2024 году «Петровакс Фарм» совместно с МГНЦ им. академика Н.П. Бочкова запустила масштабный проект кардиологического скрининга для ранней диагностики болезни Фабри. Также совместно с Российским обществом клинической онкологии (RUSSCO) проводим научные и клинические исследования в области онкологии, направленные на повышение эффективности лечения, улучшение качества жизни пациентов, ранней диагностики и профи-

ПРОДУКТОВЫЙ ПОРТФЕЛЬ КОМПАНИИ

включает оригинальные препараты Лонгидаза® и Полиоксидоний®, противогриппозные вакцины Гриппол® плюс, Гриппол® Квадривалент, пневмококковую вакцину Превенар® 13, биотехнологические препараты Фабагал®, Арейма®, Форседено®, дженерические лекарственные средства Велсон®, Рефламейд®, Демефецил® и биологически активные добавки Омегака®, Сандевит®, Уронекст®, АртНео®, ВитаФерр®, Венарель®, косметический крем Имофераз®.

Многие лекарственные средства и вакцины компании включены в список жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), широко применяются в России и за рубежом, в том числе в рамках государственных программ иммунизации.

лактики рака. Глобальная цель нашего сотрудничества — развитие инновационных фармпродуктов и технологий в онкологии для обеспечения доступности современных методов лечения российским пациентам.

— С кем еще из врачей и ученых развиваете партнерство?

— Активно взаимодействуем с ведущими медицинскими ассоциациями, такими как Российское общество урологов (РОУ), РОПНИЗ (Российское общество профилактики неинфекционных заболеваний), Ассоциация ревматологов России (АРР), Российское общество акушеров-гинекологов (РОАГ), Российская ассоциация по остеопорозу (РАОП), Российская ассоциация геронтологов и гериатров (РАГГ). Развиваем связи с нашими ведущими научными центрами. В марте 2025 года компания подписала стратегическое соглашение о сотрудничестве с НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи. Этот шаг стал логичным продолжением завершенной в прошлом

году совместной работы по трансферу технологии биосинтеза субстанции препарата Фабагал® (агальсидаза бета) для лечения болезни Фабри. В России было впервые локализовано производство орфанного препарата по полному циклу.

Цель нашего партнерства с НИЦЭМ им. Н.Ф. Гамалеи — разработка и производство инновационных препаратов для лечения онкологических, орфанных и инфекционных заболеваний. Следующим этапом сотрудничества станет проект по трансферу технологии синтеза субстанции оригинального препарата Арейма® (камрелизумаб), зарегистрированного в России в 2024 году, — первого в стране иммуноонкологического препарата для лечения назофарингеальной карциномы (рака носоглотки).

Фармацевтика, медицина и другие науки сегодня не могут обходиться друг без друга: только вместе мы можем обеспечить пациентам самое лучшее и эффективное лечение заболеваний, помочь врачам продлить жизнь россиянам и повысить ее качество. 🌐



ЛОНГИДАЗА®
Бовгиалурунидаза азоксимер

СВОБОДА ОТ ФИБРОЗА

Лонгидаза® в составе комплексной терапии при заболеваниях предстательной железы помогает:

- ◆ элиминировать нейтрофилы в 6 раз эффективнее при ХП¹
- ◆ сокращать вероятность развития рецидивов ХП в 2 раза на протяжении года после окончания терапии¹
- ◆ ускорять положительную динамику по шкале IPSS при ДГПЖ²
- ◆ устранять боль и повышать качество жизни при ХП и ДГПЖ^{1,2}





ООО «НПО Петровакс Фарм»
142143, Московская область, г. Подольск, с. Покров, Сосновая ул., д. 1. Тел./факс: +7 (495) 730-75-45/60, e-mail: info@petrovax.ru, www.petrovax.ru

¹ Биопленки в эякуляте — одна из причин нарушений фертильности. *Hi+Med. Высокие технологии в медицине. 2024; 5(85): 20–24.*
² Реснер П.И., Ал-Шукри А.С., Шорманов И.С., Тахетдинов О.Х., Максимова А.В. Многоцентровое рандомизированное параллельное контролируемое проспективное открытое исследование эффективности и безопасности бовгиалурунидазы азоксимера при комбинированной терапии пациентов с симптомами нижних мочевыводящих путей на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы. *Урология. 2024; 65–75.*

ИНФОРМАЦИЯ ПРЕДНАЗНАЧЕНА ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Реклама

¹ https://www.rmj.ru/articles/urologiya/Ostryy_i_recidiviruyuschiy_cistit_Chto_nam_izvestno/#

² <https://eicon.net/ecgy/prospective-study-on-the-efficacy-and-safety-of-uronext-in-parallel-groups-in-women-with-acute-cystitis>

IPSS как источник объективной информации о пациенте с доброкачественной гиперплазией предстательной железы

Шкала международной оценки симптомов простаты (International Prostate Symptom Score, IPSS) — это стандартизированный инструмент для оценки симптомов нижних мочевых путей (СНМП), связанных с доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ) и другими урологическими заболеваниями.



Александр
Николаевич
БЕРНИКОВ

К.м.н., доцент кафедры урологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава РФ, Москва

Ключевые факторы

Применение шкалы IPSS в клинической практике обосновано несколькими ключевыми факторами.

1. Стандартизация оценки симптомов.

Обеспечивает единый диагностический подход, позволяя врачам разных стран и клиник использовать одинаковые критерии.

Шкала IPSS дает возможность количественно оценить выраженность следующих симптомов:

- обструктивных (слабая струя, прерывистое мочеиспускание, напряжение при мочеиспускании);
- ирритативных (учащенное мочеиспускание, никтурия, императивные позывы, недержание мочи).

2. Дифференциальная диагностика и определение тактики лечения.

IPSS помогает разграничить ДГПЖ, гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП), инфекции и другую патологию со стороны нижних мочевых путей, а также позволяет определить степень тяжести симптомов:

- 0–7 баллов — легкие симптомы (наблюдение, изменение образа жизни);
- 8–19 баллов — умеренные симптомы, требующие медикаментозной терапии (α-адреноблокаторы, ингибиторы 5-α-редуктазы);
- 20–35 баллов — тяжелые симптомы, предполагающие хирургическое лечение — трансуретральную резекцию простаты (ТУРП), ее лазерную вапоризацию (ЛВП).

3. Оценка эффективности лечения.

Динамическое применение IPSS до и после терапии позволяет объективно оценить

ее результативность. Например, снижение оценки на ≥ 3–5 баллов после приема препаратов свидетельствует о положительном эффекте со стороны СНМП. В послеоперационном периоде использование этой шкалы также помогает контролировать восстановление пациента после оперативного лечения, наблюдая за динамикой балла IPSS.

4. Прогностическая ценность.

Высокий балл по IPSS коррелирует с риском острой задержки мочи, необходимостью оперативного вмешательства, снижением качества жизни (что дополнительно оценивается по шкале качества жизни Quality of Life — QoL).

5. Простота и доступность.

Опросник состоит из 7 вопросов и заполняется пациентом за 2–3 минуты, в редких случаях ему требуется чуть больше времени. Само по себе заполнение не требует сложного оборудования или дополнительных анализов и широко используется в амбулаторной и стационарной практике, различных скрининговых и эпидемиологических исследованиях.

6. Соответствие международным рекомендациям.

Российское общество урологов (РОУ), Европейская ассоциация урологов (EAU) и Американская урологическая ассоциация (AUA), а также ряд других урологических организаций рекомендуют IPSS в качестве основного инструмента оценки СНМП. Следует отметить, что этот инструмент включен в клинические протоколы, национальные и федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению СНМП, обусловленных ДГПЖ.

Шкала IPSS — это универсальный, простой и доказательно эффективный инструмент для:

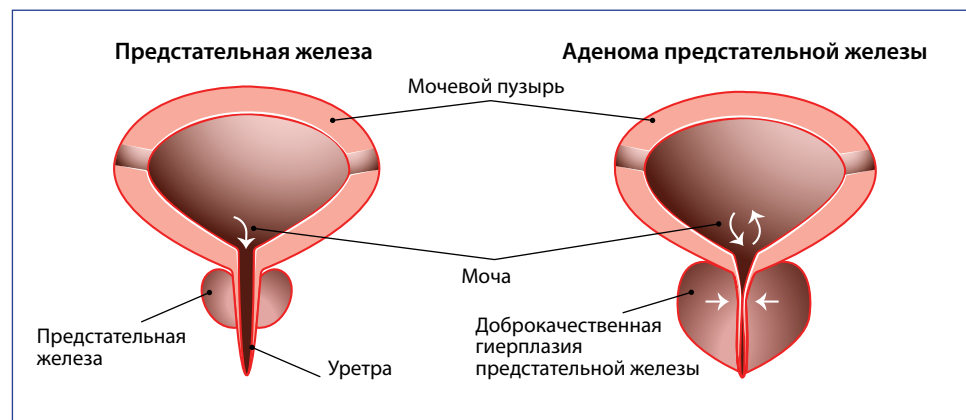
- диагностики и стратификации пациентов;
- выбора тактики лечения;
- мониторинга эффективности терапии;
- прогнозирования осложнений.

Эффективность шкалы IPSS подтверждена множеством клинических исследований, метаанализов и рекомендаций авторитетных урологических ассоциаций.

Ограничения использования

Несмотря на широкое применение, некоторые исследователи отмечают следующие моменты, которые необходимо принимать во внимание:

- субъективность оценки (зависит от восприятия пациента);
- шкала дает менее точный результат у молодых мужчин, у которых СНМП могут быть связаны с ГАМП, а не ДГПЖ;
- требует дополнения QoL-шкалой для полной оценки.



Однако даже критики признают, что альтернативы шкале IPSS с такой же доказательной базой нет.

Качество жизни

IPSS включает один вопрос о качестве жизни (QoL), связанный с мочевыми симптомами (влияние СНМП на повседневную жизнь). Вопрос понятен, легко интерпретируется (шкала от 0 до 6: как бы вы отнеслись к тому, что ваши мочевые симптомы сохранятся на протяжении всей оставшейся жизни?) и помогает оценить субъективную

По статистике, половина мужчин старше 40–50 лет обращаются к врачу по поводу ДГПЖ, в более молодом возрасте она встречается редко, но со временем развивается у 85 % представителей мужского пола. У 15–20 % мужчин пожилого и старческого возраста вместо ДГПЖ наблюдается увеличение железы в разной степени или ее атрофия

тяжесть симптомов, даже если объективные показатели (например, объем остаточной мочи) не критичны. Данный вопрос сочетается с семью вопросами IPSS, что дает комплексную оценку (симптомы + их влияние на жизнь). Высокий балл QoL (≥ 4) может указывать на необходимость активного лечения даже при умеренных симптомах и, так же как оценка по IPSS, позволяет отслеживать эффективность терапии после приема лекарств, операции и т.д.

Однако существуют и недостатки вопроса QoL в IPSS. Он является слишком общим и не дифференцирует конкретные аспекты качества жизни (влияние на сон, сексуальную жизнь, психологический дискомфорт и др.). Кроме того, вопрос достаточно субъективен, ведь ответ на него зависит от индивидуальной переносимости симптомов (пациент с легкими симптомами может оценить качество своей жизни как низкое из-за тревожности, а другой, с тяжелыми, — адаптироваться к своему нынешнему состоянию). В вопросе отсутствует детализация: в отличие от специализированных опросников (KHQ, ICIQ) он не раскрывает причины снижения качества жизни (социальные и эмоциональные факторы). Восприятие симптомов может различаться в разных странах, но вопрос универсален без адаптации. И, конечно, он не заменяет комплексные шкалы — для углубленного анализа качества жизни требуются дополнительные опросники (например, OAB-q при ГАМП).

Таким образом, использование шкалы IPSS в урологической практике повышает точность диагностики, улучшает контроль лечения и стандартизирует подход к ведению пациентов с СНМП. ☺



Новый стандарт в лечении гиперактивного мочевого пузыря

Гиперактивный мочевой пузырь (ГАМП) — комплекс симптомов, сопровождающийся ургентными (внезапными) позывами к мочеиспусканию, а также его учащением и ночными позывами, недержанием мочи (не всегда) при отсутствии доказанной инфекции мочевыводящих путей (ИМП) или другой очевидной патологии мочевого пузыря и мочевыводящих путей.



Геворг Рудикович КАСЯН

Д.м.н., профессор, заведующий урологическим отделением № 66 ГБУЗ «ГКБ имени С.П. Боткина» Департамента здравоохранения Москвы



Ольга Дмитриевна МАРКОВА

Хирург-уролог урологического отделения № 66 ГБУЗ «ГКБ имени С.П. Боткина» Департамента здравоохранения Москвы

Этиология заболевания

ГАМП значительно ухудшает качество жизни пациентов и требует комплексного подхода к лечению. Существует несколько теорий развития ГАМП: патологическая сократительная активность детрузора, неврологические заболевания и миогенная теория ненейрогенной гиперактивности, основанная на нарушении взаимодействия эпителия мочевого пузыря с его мышечными клетками и нервной системой. И если первые две давно известны и препараты для лечения в соответствии с ними разработаны, то миогенная теория выстраивается лишь сейчас. Именно она может объяснить неэффективность стандартных методов лечения. Рассмотрим ее детальнее.

Ненейрогенный ГАМП может возникать из-за развития нетипичных для мышечного слоя мочевого пузыря межклеточных соединений, обладающих большей проводимостью и приводящих к чрезмерному распространению локальных сокращений. Основой для внутри- и межтканевого взаимодействия служит протеом — комплекс пептидов, регулирующий активность сигнальных молекул, эпителия, воспалительного ответа и сокращения мочевого пузыря. Известно, что протеом стабилен и похож у разных видов.

В последние годы внимание исследователей и клиницистов привлекли полипептиды мочевого пузыря крупного рогатого скота. Так был разработан и внедрен в практику новый лекарственный препарат (ЛП) Везустен, состоящий из комплекса регуляторных пептидов, выделенных из тканей мочевого пузыря бычков, имеющих высокую тканеспецифическую активность и способный регулировать физиологические процессы, протекающие как в мышечной ткани, так и в эпителиальной.

Механизмы действия ЛП Везустен

1. Снижение гиперактивности: полипептиды способны снижать чувствительность рецепторов мочевого пузыря к раздражителям, оказывать регулирующее действие на сократительную активность детрузора (уменьшать частоту непроизвольных сокращений мышечного слоя), что приводит к нормализации функциональной активности мочевого пузыря.

2. Восстановление эвакуаторной функции мочевого пузыря (по результатам исследований ЛП Везустен уменьшает количество остаточной мочи в обструктивной модели гиперактивности).

3. Нормализация накопительной функции мочевого пузыря (улучшение эластичности его стенок и показателей внутрипузырного давления).

Результаты исследований

Современную медицину невозможно представить без клинических исследований (КИ). Везустен прошел полный комплекс доклинических испытаний, подтвердивших тканеспецифическую активность (стимулирующее воздействие на рост клеток мочевого пузыря без влияния на культуры тканей других органов) при отсутствии токсического и местно-раздражающего эффектов, аллергенности, иммуногенности и мутагенности, а также фармакологические эффекты препарата.

В клинические рекомендации «Недержание мочи» включен лекарственный препарат на основе полипептидов мочевого пузыря — Везустен

Эффективность и безопасность ЛП Везустен изучались в рандомизированных плацебо-контролируемых регистрационных КИ I, II и III фазы при участии 290 пациентов и не менее чем в 8 пострегистрационных работах (всего 484 пациента), проведенных в 2022–2024 гг. по инициативе врачей-исследователей.

Опубликованы результаты КИ III фазы, в котором оценивались изменения частоты и ургентности мочеиспусканий (шкала TUFs), нестерпимости позывов на мочеиспускание (шкала PPIUS) и степени недержания мочи (опросник OAB-q). Оценка симптомов проводилась в течение четырех визитов пациентов. Выявлено статистически значимое снижение степени беспокойства пациентов вследствие симптомов ГАМП на фоне терапии препаратом Везустен по результатам среднего изменения баллов основного и дополнительного опросников OAB-q во время третьего визита по сравнению с исходным уровнем.

По результатам исследования у 66,67 % пациентов отмечалось снижение симптоматики по шкале TUFs более чем на 20 %, что превосходит показатели в группе пла-

цебо почти в два раза. У 65,33 % пациентов наблюдалось снижение суточного числа эпизодов ургентного недержания мочи на 50 % и более по сравнению с исходным уровнем. При этом в группе плацебо данный показатель уменьшился менее чем на 25 %, а среднее сокращение числа эпизодов недержания мочи в группе препарата более чем в два раза превосходило группу плацебо.

Сравнительный анализ

Опубликованы работы, в которых сообщается о результатах и особенностях клинического применения ЛП Везустен у различных когорт пациентов с ГАМП, в том числе:

- с нейрогенным ГАМП при рассеянном склерозе;
- у женщин с ГАМП в практике гинеколога (включая пациенток с ГАМП, развившимся после гистерэктомии, а также в пери- и постменопаузе);
- у получающих лечение Везустеном в составе комплексной терапии ГАМП (в сочетании с α -адреноблокаторами у пациентов с симптомами накопления и ГАМП на фоне ДГПЖ, в сочетании с β 3-адреномиметиками при исходной недостаточной эффективности этих препаратов).

При сравнительном анализе эффективности Везустена и агониста β 3-адренорецепторов получены обнадеживаю-

щие данные. В группе пациенток, получавших Везустен, отмечено значимое и стойкое (5 месяцев после курса приема препаратов) снижение noctурии на 39 %, поллакиурии — на 43 %, императивного недержания — на 25 %. В то же время 50 % пациенток, принимавших мирабегрон, отметили возвращение симптомов через 3 месяца после окончания его курса, несмотря на то что во время лечения поллакиурия и noctурия уменьшились на 43 % и 40 % соответственно.

Также доказано положительное влияние ЛП Везустен в отношении рецидивов хронического цистита, развившегося на фоне ГАМП. Данный эффект может быть обусловлен способностью пептидов в составе препарата восстанавливать уротелиальный барьер, нормализуя пролиферацию и созревание эпителия мочевого пузыря. Средняя продолжительность безрецидивного периода (БРП) во время лечения Везустеном при наблюдении в течение трех месяцев после окончания его приема увеличилась в 2,5 раза в сравнении с длительностью БРП до применения препарата. Уменьшение тяжести симптомов ГАМП одновременно

Включен в рекомендации

Стоит отметить несколько особенностей применения ЛП Везустен. Сегодня доступна инъекционная форма, курс лечения состоит из 10 уколов. Несмотря на короткий срок лечения, нарастающая эффективность отмечается и через месяц после окончания курса, что может быть обусловлено запуском восстановления нормального протеома с последующей адекватной регуляцией сигнальных путей и нервно-мышечной передачи и свидетельствовать о патогенетическом и этиотропном характере действия Везустена. Примечательно, что серьезных нежелательных явлений во время и после окончания применения препарата отмечено не было. Таким образом, результаты исследований характеризуют Везустен как эффективное и безопасное средство для лечения ГАМП, снижающее степень выраженности и количество ургентных позывов, значимо повышающее качество жизни.

В 2024 г. полипептиды мочевого пузыря были включены в КР по недержанию мочи (НМ), в раздел «ЛП для лечения ургентного недержания мочи», как новый класс препаратов для патогенетической терапии НМ (Везустен — единственный представитель класса препаратов на основе регуляторных пептидов мочевого пузыря). Согласно КР полипептиды мочевого пузыря (Везустен) рекомендуется назначать в качестве стартовой терапии НМ, а также при наличии ограничений к лечению другими средствами или при их недостаточной эффективности (уровень убедительности рекомендаций — А, уровень достоверности доказательств — 2). ¹

Список литературы находится в редакции



Простатит, прогресс или стагнация?

Американский уролог Томас А. Стейми (Thomas A. Stamey) еще в 1968 г. назвал простатит «мусорной корзиной клинического невежества», поскольку в то время было непросто распознать множество других проблем, скрывающихся под его маской. Об истории вопроса и современных методах диагностики и лечения простатита рассказывает Андрей Зиновьевич Винаров, профессор Института урологии и репродуктивного здоровья человека ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Минздрава России, президент Ассоциации специалистов консервативной терапии (АСПЕКТ) в урологии.



Андрей Зиновьевич
ВИНАРОВ, профессор

После разработки в конце 1960-х четырехста-канной пробы мочи самим Стейми и его коллегой Эдвином М. Миресом (E.M. Meares) — пробы, которая теперь носит имена этих ученых, — а затем и других методов ведения таких пациентов, борьба с простатитом стала более успешной. Правда, в самые последние годы в этой области не было революционных открытий, но удалось совершить несколько важных шагов вперед.

— Всегда ли простатит имеет бактериальный генез?

— Острый простатит всегда вызывается бактериями и никогда другими микроорганизмами, например, хламидиями или микоплазмами, но с хроническим не все так просто. Казалось бы, если обсуждать только бактериальный простит (БП) в том виде, в каком он описывается в мировой медицинской статистике по результатам официальных исследований, тут у нас вряд ли получится интересный разговор. Ведь БП среди всех случаев простатита регистрируется довольно редко — лишь в 10–15 % случаев.

— Считаете и вы эти данные корректными?

— Я присоединяюсь к мнению моего глубокоуважаемого коллеги, заведующего кафедрой урологии Ростовского государственного медицинского университета, профессора М.И. Когана, поставившего в одной из недавних публикаций вопрос ребром: а существует ли вообще абактериальный простатит? По мнению Михаила Иосифовича, столь низкая распространенность БП обусловлена не только тем, что часть урологов (не только в России, но и в других развитых странах) не всегда полностью выполняют микробиологическое обследование, предусмотренное клиническими рекомендациями (КР) для пациента с подозрением на простатит, но и необходимостью дополнительных расширенных бактериологических и молекулярно-генетических исследований. Болезнь нередко оказывается недо-

диагностированной и на практике может встречаться гораздо чаще, чем на бумаге. Поэтому предлагаю говорить о ней более широко — не только о БП, но и о простатите, с высокой вероятностью вызванном любыми патогенными микроорганизмами, в том числе внутриклеточными — хламидиями и микоплазмами.

— Какое открытие последних лет среди фундаментальных исследований БП было самым ярким и значительным?

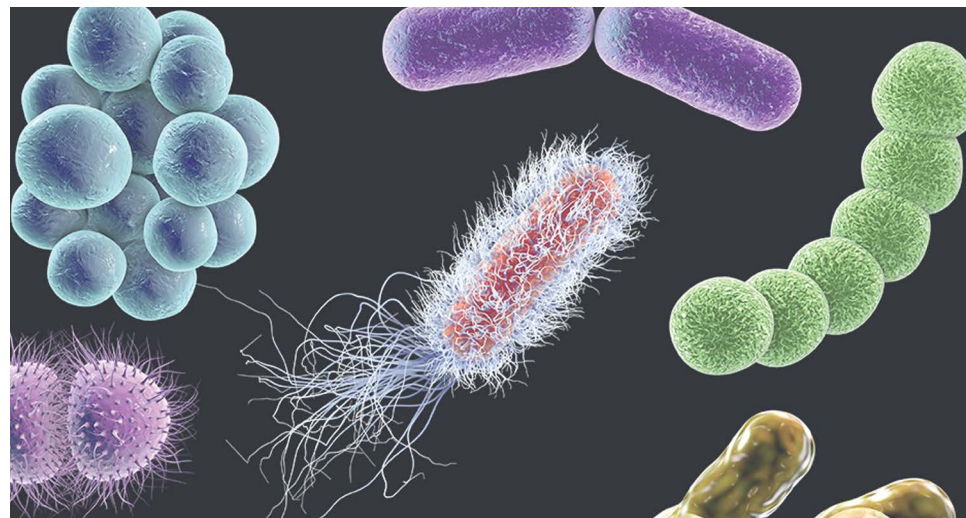
— Среди перспективных и интересных мне исследований, проводимых в последние годы, я бы назвал то, которое сможет однажды полностью подтвердить гипотезу Михаила Иосифовича. В соответствии с ней, наряду с различными патогенетическими факторами (гормональными, сосудистыми, связанными с опорожнением желез простаты), в большинстве случаев простатита присутствует инфекция. В последние годы в урологическом сообществе все активнее обсуждается уробиом, он же

птомной бактериурии у молодых женщин с рецидивирующими инфекциями мочевыводящих путей: лечить или не лечить?». Это открытие привело к пересмотру не только представлений о микрофлоре мочеполовой системы (МПС), но и существующих подходов к этиопатогенезу, диагностике и лечению урологических заболеваний.

Доказано, что в моче и, соответственно, в половом тракте даже вполне здоровых людей присутствует свыше ста видов микроорганизмов (не только бактерии, но и вирусы, грибы и др.), имеющих важное, но еще не вполне понятное значение в поддержании гомеостаза МВП и уrogenитального тракта. В большинстве своем это дружественные человеку микроорганизмы. Прежде всего благодаря им поддерживается здоровый баланс, или нормофлора, мочевых путей.

— Произошло ли в последнее время заметное совершенствование доказательных алгоритмов профилактики БП?

— Если говорить о профилактике про-



Уробиом таит много загадок. Благодаря изучению микроорганизмов с протективным влиянием на уротелий скоро могут появиться новые средства для лечения простатита наподобие кишечных пробиотиков, способные активировать полезные бактерии в составе уробиома

микробиом уrogenитального тракта. При этом мы все еще очень мало знаем о микробиоме мочеполовой системы: простаты, семенных пузырьков, яичек и мочеиспускательного канала.

Ранее считалось, что моча здорового человека стерильна, но сегодня доказано, что это неверно. Теорию о стерильности мочи и мочевыводящих путей (МВП) поставили под сомнение после того, как в 2012 году Томмазо Кай и его итальянские коллеги впервые выделили микрофлору из мочевого пузыря женщин без симптомов урологических заболеваний. Свою публикацию исследователи назвали так: «Роль бессим-

статита, заметного движения нет. Как известно, важную роль в развитии БП играют инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Контроль над их распространением можно было бы улучшить путем популяризации среди юношей и молодых мужчин знаний об основах сексуального здоровья. Но такая профилактика относится к медико-социальным вопросам, которые, к сожалению, не очень важны сегодня государству и врачам. Не вижу прогресса и в других, кроме медико-социальных, направлениях профилактики простатита.

Другой вопрос — профилактика рецидивирования хронического простатита (ХП).

Тут есть движение вперед. Надеюсь, что вместе с коллегами по Ассоциации специалистов консервативной терапии (АСПЕКТ) в урологии мы вносим в него свой вклад, развивая направление метафилактики ХП. Каждому урологу известно, что такое метафилактика мочекаменной болезни — это поиск, анализ и предупреждение причин рецидивирования камней в почках. А мы по этому образцу предложили новое понятие — метафилактика ХП. Речь идет о действиях, направленных на предотвращение его рецидивов и увеличение безрецидивных периодов. А если они все же возникают — на сокращение их тяжести и длительности. Успешная метафилактика — это главная и, я бы сказал, конечная из достижимых сегодня целей лечения ХП, ведь в большинстве случаев мы еще не можем вылечить эту болезнь окончательно.

— Представляю, насколько сложна такая метафилактика! Одним препаратом проблему не решить — необходимо длительное комбинированное лечение. А как бы вы сами ответили на вопрос, вынесенный в заголовок вашей недавней лекции: «Профилактика обострений хронического простатита — миф или реальность?»

— Убеден, что это уже реальность. Прежде всего, мы четко уяснили, что есть два краеугольных камня метафилактики ХП — адекватная диагностика и столь же грамотная и настойчивая терапия — и четыре ее главных цели:

- восстановление мочеиспускания;
- нормализация эректильной функции;
- восстановление адекватного уровня тестостерона у больных простатитом и гипогонадизмом;
- восстановление нарушенного кровообращения в простате.

С каждым годом становится все больше препаратов, экстрактов лекарственных растений, физиотерапевтических методов, противомикробных пептидов и других уrogenных биологических активных веществ, а для некоторых больных и хирургических решений, с помощью которых мы добиваемся поставленных целей.

Силами АСПЕКТа пропагандируем среди коллег то, что я бы называл «философией метафилактики», стремимся к тому, чтобы больше проводилось клинических исследований, выявляющих самые эффективные метафилактические методы и отсеивающих бесполезные и лженаучные. Во внедрении в клиническую практику этих научно обоснованных методов я вижу развитие и прогресс профилактики простатита.

— А как насчет прогресса в диагностике простатита?

— Диагностика у пациентов с подозрением на простатит должна проводиться в соответствии с алгоритмом, рекомендованным Российским обществом урологов (РОУ), европейской и американской урологическими

ассоциациями и отечественным стандартом первичной медико-санитарной помощи при простатите.

Первый диагностический шаг состоит в анализе секрета предстательной железы на основе микроскопического исследования на предмет воспалительных изменений, в частности большого числа лейкоцитов. Анализ проводится на основе классической четырехстаканной пробы мочи по Миресу — Стейми. Это рутинное обследование хорошо знакомо читателям газеты. Также необходим бактериологический анализ секрета простаты с определением патогенных

и ПЦР в режиме реального времени. В целом я считаю достаточно эффективными диагностические методы, описанные в действующих КР. Острой потребности в разработке новых не вижу. И прогресса в диагностике простатита сегодня практически нет не потому, что не появляются инновационные анализы, а потому что плохо применяются давно известные обследования.

К сожалению, сегодня немногие урологи направляют пациентов на анализ секрета предстательной железы, хотя и знают, что это главный метод диагностики. Зато

результаты анализа секрета и микробиологического посева. С членами АСПЕКТа проводим образовательные обсуждения в разных городах России, стремимся убедить коллег в необходимости выполнения ими корректной и адекватной диагностики простатита.

— Насколько это помогает?

— Хотелось бы верить, что наши старания не напрасны и все больше коллег понимают, насколько важна правильная диагностика простатита, и выполняют ее. Но конкретные цифры в подтверждение этого я предоставить не готов.

— Первая линия терапии ХБП — антибиотики...

— Считавшиеся ранее главными антибиотиками в борьбе с простатитом тетрациклины, макролиды и триметоприм сегодня продолжают применяться в качестве препаратов резерва по специальным показаниям. А препаратами первой линии для лечения ХБП согласно отечественным и зарубежным КР считаются фторхинолоны. У них благоприятная фармакокинетика, превосходный уровень проникновения в простату и способность накапливаться в ней в высокой концентрации. Фторхинолоны отличают хорошая биодоступность, сходные фармакокинетические параметры при пероральном и парентеральном применении, а также высокая активность в отношении типичных и атипичных возбудителей. Однако в последние годы резистентность к фторхинолонам классических для ХБП уропатогенов, к сожалению, растет. Поэтому мне сейчас интересна такая история, как назначение

пациентам с ХБП (правда, пока в формате off-label), фосфомицина трометамола (ФТ), популярность которого связана с высокой биодоступностью при пероральном приеме и способностью достигать высоких концентраций в тканях предстательной железы. В клинических рекомендациях ФТ пока не упоминается, но, думается, что у этого препарата есть определенные перспективы в лекарственной борьбе с ХБП.

— А как развивается физиотерапия ХБП?

— К сожалению, это лечение, к которому я отношусь положительно, на определенном этапе оказалось разрушено, что очень обидно. Я знал многих замечательных врачей из Института курортологии и физиотерапии, которые уехали за рубеж и создали там целые физиотерапевтические направления, оказавшиеся востребованными. А в России большинство из того, что осталось от физиотерапии советских времен, свелось к коммерческим и недостаточно доказательным методам. Поэтому физиотерапия не только простатита, но и других урологических заболеваний ушла в стагнацию. Правда, в последние годы началось постепенное возрождение таких методик. Но, увы, это очень медленный процесс. Тем не менее уже появляются новые перспективные аппараты и результаты исследований их эффективности и безопасности, заслуживающие доверия. Именно такие физиотерапевтические методики мы, сторонники направления метафилактики простатита, и стараемся использовать в нашей практике. 

Вадим Кириллов, к.м.н.

УРОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Ассоциация специалистов консервативной терапии АСПЕКТ в урологии действует с 2014 года. Ее миссия состоит в образовательной деятельности — популяризации передовых знаний, полученных методами доказательной медицины, чтобы предоставить новые возможности профессионального совершенствования урологов. Важнейшее направление деятельности ассоциации — организация совместно с РОУ ежегодных дискуссионных образовательных клубов, где обсуждаются наиболее актуальные и спорные вопросы урологии. В первой половине 2025 года заседания клубов уже состоялись в Саратове, Нижнем Новгороде, Ярославле, Махачкале, Казани, Калининграде и Перми. Узнать больше о деятельности ассоциации можно здесь:

<https://aspect-rou.ru/>

микроорганизмов и их чувствительности к антибиотикам. Если же патогенные микробы не обнаружены, диагностика должна продолжиться.

Хламидии и микоплазмы на обычных питательных средах не растут. Выявляют их в ходе исследования микрофлоры урогенитального тракта с использованием полимеразной цепной реакции (ПЦР)

я иногда сталкиваюсь с коллегами, которые ориентируются на ультразвуковое исследование, что, на мой взгляд, категорически неправильно. Еще меньше врачей назначают микробиологический анализ секрета. И совсем немногие используют методы ПЦР и ПЦР в реальном времени. Все это приводит к тому, что уролог нередко начинает лечить больного вслепую, не получив

УРОКИ УРОБИОМА

Что говорят европейские рекомендации о бессимптомной бактериурии

Клинические рекомендации (КР) Европейской ассоциации урологов (2021) указывают на необходимость отличать инфекции мочевыводящих путей (ИМВП) от бессимптомной бактериурии (ББУ), рассматриваемой как комменсальная микрофлора, не подлежащая эрадикации (если только она сама не становится фактором риска).

Рост бактерий в моче без болезненных симптомов,— вот что такое ББУ согласно Европейским рекомендациям. Такое встречается часто и связано с колонизацией комменсалами. Бактериурия у пациентов без клинических проявлений определяется как концентрация бактерий в средней порции мочи $\geq 10^5$ КОЕ/мл в двух последовательных анализах у женщин и одном анализе у мужчин. В то же время при катетеризации и тех и других наличие в моче бактерий в титре 10^2 КОЕ/мл и выше расценивается как истинная бактериурия.

Томмазо Кай в 2012 г. показал, что в определенных ситуациях ББУ может защищать от суперинфекции с развитием ИМВП, сопровождающейся клиническими симптомами заболевания. Если защитный потенциал полезных бактерий урогенитального тракта по каким-то причинам снижается или же условно-патогенные микроорганизмы приобретают патогенные свойства либо в мочевые пути внедряются заведомо вирулентные штаммы, наступает дисбиоз — важный фактор воспаления простаты.

Лечение ББУ должно быть обоснованным и проводиться с учетом факторов риска и пользы для пациента. Например, терапия ББУ у беременных улучшает прогноз для матери и плода, а вот пациентам с рецидивиру-

ющими ИМВП в ряде случаев она может нанести вред за счет эрадикации потенциально полезных микроорганизмов. Поставленный еще 13 лет назад Томмазо Каем вопрос «лечить или не лечить?» до сих пор не решен окончательно. Нужны дополнительные исследования, причем не только патогенных микроорганизмов, против которых применяется антибиотикотерапия, но и базовых характеристик уробиома — качественного и количественного состава, разнообразия микроорганизмов, доминантных видов и ядра микробиоты.

Хотя исследования уробиома здоровых людей уже выявили основные бактерии в его составе, ядро уробиоты еще не удалось идентифицировать, что препятствует всему прогрессу в данном направлении. Ядро микробиоты (ключевая микробиота) состоит из постоянных и стабильных бактерий, на которые большинство внешних и внутренних факторов (антибиотикотерапия, воздействия окружающей среды, питания, циркадных ритмов и др.) не оказывает влияния. Активно изучаются микроорганизмы с протективным влиянием на уротелий для создания новых средств лечения простатита, близких к кишечным пробиотикам. Активируя с их помощью полезные бактерии уробиома, можно усилить действие антибиотиков.

АБВ ПРЕСС НЕ ПРОСТО ИЗДАТЕЛЬСТВО – СООБЩЕСТВО МЕДИЦИНСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ abvpress.ru medvedomosti.media netoncology.ru

ЖУРНАЛЫ

ОНКОУРОЛОГИЯ Опухоли ГОЛОВЫ и ШЕЙ САРКОМЫ

РУССКИЙ ЖУРНАЛ ДЕТСКОЙ НЕВРОЛОГИИ ОНКО ГЕМАТОЛОГИЯ УСПЕХИ МОЛЕКУЛЯРНОЙ ОНКОЛОГИИ

Нервно-мышечные БОЛЕЗНИ ОПУХОЛИ ЖЕНСКОЙ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ Российский Биотерапевтический Журнал

ПОДДЕРЖИВАЮЩАЯ ТЕРАПИЯ В ОНКОЛОГИИ Хирургия и ОНКОЛОГИЯ РОССИЙСКИЙ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

ОНКО ПАТОЛОГИЯ MD-ONCO КЛИНИЦИСТ

ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ МОСКОВСКАЯ ЭНДОКРИНОЛОГИЯ СЕГОДНЯ НЕВРОЛОГИЯ СЕГОДНЯ

Онкология Сегодня Урология сегодня СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОЛОГИЯ

ПЕДИАТРИЯ СЕГОДНЯ Акушерство и гинекология ТРАВМАТОЛОГИЯ и ортопедия

РЕКЛАМА

android ios